

UNIVERSITE PAUL SABATIER TOULOUSE

FACULTES DE MEDECINE RANGUEIL ET PURPAN

MEMOIRE
POUR LE DIPLOME UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN
EDUCATION SEXUELLE D.U.F.E.S

Par

ISABELLE ASSELI N

LA DEMANDE D'IVG ATTITUDES DES MEDECINS

Année 2007

Pr Plante, responsable universitaire du Diplôme
R.Tremblay, directeur d'enseignement
M.C. Vidotto, équipe pédagogique

R. Tremblay, directeur du mémoire



UNIVERSITE PAUL SABATIER TOULOUSE
FACULTES DE MEDECINE RANGUEIL ET PURPAN

MEMOIRE
POUR LE DIPLOME UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN
EDUCATION SEXUELLE D.U.F.E.S

Par

ISABELLE ASSELI N

LA DEMANDE D'IVG ATTITUDES DES MEDECINS

Année 2007

Pr Plante, responsable universitaire du Diplôme
R.Tremblay, directeur d'enseignement
M.C. Vidotto, équipe pédagogique

R. Tremblay, directeur du mémoire

LA DEMANDE D'IVG

ATTITUDES DES SOIGNANTS



Gea ou Gaia, Terre Mère, force primordiale surgie du Chaos, déesse de la vie, de la mort et de la fertilité, est l'une des plus anciennes divinités grecques.

Sculpture de David WYNNE.

A Alice, en témoignage de ma profonde affection....

SOMMAIRE

I) GENERALITES

1-INTRODUCTION	p. 3
2-POURQUOI LE CHOIX DE CE SUJET ?	p.3
a-qui suis-je ?!.....	p.3
b- trajet professionnel.....	p.5
c-dans quel contexte me suis-je inscrite au DUFES ?.....	p.6
3-CONSTATS SUR L'IVG	p.8
a-données statistiques sur les IVG en France.....	p.8
b-la formation inadaptée des étudiants en médecine dans les domaines de l'IVG et de la contraception.....	p.8
c-enfin, les thèmes contraception et IVG interpellent les soignants dans la mesure où ils modifient complètement les enjeux de la consultation.....	p.9
4- ENONCE DU THEME	p.9
5-PUBLIC	p.10
6-INTERET GENERAL DU THEME	p.10
7-MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME SPECIFIQUE D'EDUCATION SEXUELLE	p.10
8-OBJECTIFS	p.11
a-objectif général.....	p.11
b-objectifs spécifiques.....	p.11

II) PREPARATION ET ANIMATION DES SEANCES

1- SEQUENCE N° 1	
IMPLICATION DES EDUCATEURS	
a- préparation de la séance.....	p.13
b-la séance proprement dite.....	p.14
2- SEQUENCE N°2	
TRAVAIL ANONYME	
a- préparation de la séance.....	p.22
b-la séance proprement dite.....	p.22
3- SEQUENCE N°3	
DISCUSSION EN PETITS GROUPES	
a-préparation de la séance.....	p.33
b-la séance proprement dite.....	p.33
4- SEQUENCE N°4	
DISCUSSION EN GRANDS GROUPES SUR DOCUMENTS AUDIO-VISUELS	
a- préparation de la séance.....	p.46
b-la séance proprement dite.....	p.47
5- SEQUENCE N°5	
JEUX DE ROLES	
a- préparation de la séance.....	p.53
b-la séance proprement dite.....	p.55
6- SEQUENCE N°6	
TRAVAIL CORPOREL	
a- préparation de la séance.....	p.59
b-la séance proprement dite.....	p.60

III) CONCLUSION.....p.65

ANNEXES

Annexe I fiche d'évaluation des séances.....	p.66
Annexe II fiche « les 12 obstacles à la communication » (Dr T.Gordon).....	p.67

BIBLIOGRAPHIE	p.68
----------------------------	------

I) GENERALITES

1-INTRODUCTION

Une femme, un homme, deux générations différentes, une pratique médicale commune : les demandes d'Interruption Volontaire de Grossesse.

Nous avons décidé de faire ce mémoire en binôme, nous avons travaillé ensemble à l'organisation de la première séance lors de l'ultime semaine de formation en mars. Nous avons peiné...mais avons bien éclairci les objectifs, les principes méthodologiques avec le concours des formateurs et préparé la première séance.

Nous avons finalement fait le choix de continuer en solo : emplois du temps surchargés pour l'un et l'autre, éloignement géographique important, 1000 kilomètres ne se prêtant pas aux rencontres de visu pour échanger sur le sujet ...

2-POURQUOI LE CHOIX DE CE SUJET ?

a- qui suis-je ?!

J'ai quitté mon littoral manchot pour découvrir la fac de médecine de Caen en 1972 : mon père avait préféré que je mette le cap sur Caen plutôt que Rennes car l'université bretonne était réputée .. pour ses grèves! Même si je recueillais la confiance de mes parents pour ma vie estudiantine, ils préféreraient me mettre à l'abri des mouvements « gauchistes » de l'époque, je n'avais que 16 ans et demi...

J'arrivais dans un amphî bondé ; les étudiants faisaient cavaliers seuls, le numerus clausus n'était pourtant qu'officieux ; j'étais déboussolée par cette ambiance-concours (je quittais un petit lycée de province où régnait une franche camaraderie et beaucoup de solidarité), je fus vite mise au parfum lorsque, à la suite d'une absence, je demandai aux étudiants alentour de me prêter le dit-cours : j'essayai un refus catégorique et incontournable! Bien vite je compris que l'esprit carabin n'allait pas être ma tasse de thé !!

Je réussis ma première année sans problème ... malheureusement certains de mes amis n'eurent pas cette chance : c'était l'année des « reçus-collés » : quelques étudiants eurent la désagréable surprise d'être reçus à la session de septembre, ils avaient la moyenne ... Les places étant limitées à cause du numerus clausus qui ne s'affichait pas en tant que tel, ils ne purent intégrer en PCEMII (2^o année).

Grâce aux vagues de 68, j'eus la chance de vivre des années étudiantes denses : je découvrais en même temps le mandarinat (ses dernières heures), je vivais les grèves de 1973 et 1976 qui avaient pour objectif la réforme des études médicales – les rendre plus adaptées à la réalité du praticien de terrain, le mouvement féministe avec pêle-mêle le Mouvement de Libération des Femmes, le mouvement Choisir et Gisèle Halimi, le manifeste des 343 salopes, femmes qui osaient avouer sur la scène publique, dans le Nouvel Observateur, qu'elles avaient avorté, le remarquable procès de Bobigny, le Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception et ses avortements clandestins, les manifestations en faveur de l'IVG...

J'avais baigné enfant dans une logique sacerdotale du métier de médecin : mon père, toubib de campagne , était dévoué corps et âme à sa clientèle : nuit et jour, dimanches et fêtes ... La médecine telle qu'elle m'était enseignée ne me plaisait pas, les malades que je voyais à l'hôpital étaient traités comme des numéros : la vésicule, chambre n°8, la rate en face de l'office, la TS(tentative de suicide) près du bloc infirmier... Ce fut un réel choc !

Je compris alors que mon père, au fin fond de sa campagne, faisait de la médecine sociale; il appréhendait l'être humain, dans sa complexité personnelle , dans son environnement conjugal, familial et professionnel : médecin de tous les maux quelque soit leur nature... C'était cet aspect polyvalent , diversifié, complexe qui m'avait attiré dans cette filière, pas le côté technique.

Ce n'est pas dans ce CHU que j'allais apprendre la vraie vie... Boudant les amphi de médecine (je travaillais sur les photocopiés et n'assistait qu'aux travaux pratiques-obligatoires), ma curiosité naturelle me porta vers la vie associative et alternative :

-à la fac je faisais partie d'un collectif « A Caen la santé » qui se proposa de lire Laing « Mort de la famille », David Cooper « Psychiatrie et Anti-psychiatrie » : « ce que j'ai essayé de faire dans ce livre, c'est de regarder, dans son contexte humain réel, l'individu qu'on a étiqueté comme « schizophrène », de rechercher comment cette étiquette lui a été donnée, par qui elle a été posée, et ce que cela signifie , à la fois pour celui qui l'a posée et pour celui qui l'a reçue ». David Cooper (1931-1986) est l'inventeur du mot "antipsychiatrie" et fondateur du courant de pensée du même nom avec R.Laing: l'antipsychiatrie britannique impute au modèle social capitaliste et à la culture chrétienne castratrice les effets et les causes de la maladie mentale.

Nous nous réunissions régulièrement et mettions en commun le fruit de nos lectures afin d'en débattre. Nous lûmes aussi « Mary Barnes, un voyage à travers la folie » de M.Barnes et J. Berke -ce livre retrace le combat authentique que cette femme internée a mené par la peinture contre sa propre maladie et « Histoire de la folie » de Michel Foucault (ainsi que d'autres ouvrages dont je ne me souviens pas !)...

Un résumé écrit fut édité et distribué lors des cours de psychiatrie : nous en dénoncions autant le nombre (10 malheureux cours) et le contenu : les grands tableaux psychiatriques avec description des symptômes, diagnostic , traitement médical. Tous les facteurs familiaux, sociaux, culturels étaient occultés...

Mes lectures sur l'anti-psychiatrie me firent me passionner pour les maisons vertes, la clinique Laborde, les pratiques de Maude Manonni, les expériences italiennes, le centre Marmotan.

-à la ville je faisais partie d'associations diverses , je participai ainsi à une revue de « contre-information », à un restaurant autogéré, à un collectif de femmes, mais aussi à « la voile pour tous », et aux « bébés nageurs »...

Je fis ma thèse de médecine sur « la problématique de la contraception à travers l'analyse de **291 demandes** d'interruptions de grossesse », travail élaboré à partir de l'exploitation d'un questionnaire comprenant **125 items** et remis pendant **3 mois** à chaque femme faisant une demande d'IVG au CHRU de Caen. L'objectif de cette recherche était une meilleure compréhension de la problématique féminine face à l'avortement et la contraception : ce sujet me passionnait.

Je dois exprimer ici toute ma reconnaissance au Pr Lévy, à l'époque chef de service de la maternité, il m'a soutenue dans ce travail, c'est un homme dont j'ai apprécié les qualités humaines et admiré le sens de l'éthique... Il m'a beaucoup donné.

b- trajet professionnel

Les études finies, je commençai les remplacements de généraliste dans un dispensaire destiné aux mineurs ; triste compensation à leur dur labeur, ils avaient, pour eux et leur famille, les soins médicaux gratuits (le médecin était payé par la société gérant la mine). Je découvris les pathologies du travail, à 50 ans ces hommes étaient usés et respirationnels comme des forges... Même si ce premier contact avec la médecine de terrain n'était pas facile pour la jeune fille de 24 ans que j'étais, j'appréciai d'exercer la médecine générale, sans être payée à l'acte, en collaboration avec une infirmière, en poste depuis longtemps et qui connaissaient parfaitement ces familles polonaises. J'ai beaucoup appris, entre autres sur les difficultés d'intégration : bien qu'arrivée depuis plus de 50 ans, cette population vivait en marge, bien des femmes ne parlaient pas français...

Vinrent ensuite d'autres remplacements sur Hérouville, dans un quartier défavorisé de Caen, à forte population maghrébine; j'ouvris les yeux, les oreilles, je compris les dégâts du chômage, la différence des cultures dans l'intimité des consultations. Là aussi bien des femmes vivaient avec leur mari comme interface obligée avec le monde qui les entourait.

Je décidai de reprendre les études, celles de médecine du travail avec le secret espoir d'œuvrer pour une amélioration des conditions de travail. Un remplacement de 6 mois aura raison de ma motivation. Je m'ennuie, je vois les gens pour des visites annuelles, une consultation de 15-20mn, avec un échange limité dû au fait que le médecin du travail n'est pas perçu comme un vrai médecin et qu'il suscite de la méfiance : « ne pas en dire trop, sinon on risque de perdre son travail »...

Ne souhaitant pas poursuivre dans cette direction et ne voulant pas être généraliste (j'aimais cette pratique, mais j'en connaissais les revers, les risques : ne pas avoir de temps pour soi, ses proches...), je me tournai vers la spécialité qui m'avait toujours attirée mais que je n'avais osé entreprendre, vu que la formation durait 3 ans, et supposait d'être en stage hospitalier tous les matins. J'eus la chance d'être acceptée dans des hôpitaux périphériques ...
L'avenir s'éclaircit !!!

Dès 1987 je commençai les remplacements de gynéco chez une amie, à Hérouville, et pris des vacances dans un centre de planification, structure qui présentait plusieurs intérêts :

-le paiement à la fonction et non à l'acte ; soit dit en passant le taux horaire de rémunération était dérisoire !

-le travail en équipe pluridisciplinaire avec la possibilité de faire des informations en milieu scolaire.

-la population des usagères de cette structure: des jeunes, 50% des « consultantes » en planification (contraception) ont moins de 21 ans, et des femmes en situation de précarité, femmes seules, femmes des quartiers défavorisés, femmes étrangères, pour l'activité PMI (Protection Maternelle Infantile c'est-à-dire suivi de grossesses). Les demandes dépassent le cadre purement médical ; il y a en toile de fond les problèmes familiaux, sociaux-chômage, alcool, drogues, violences, fugues- pour lesquels il faut travailler en réseau, dans la transversalité : j'y ai beaucoup appris .

Parallèlement à cette activité médicale, je suis formatrice occasionnelle à l'Institut Régional des Travailleurs Sociaux, ce qui représente une ouverture...

En 1990 je fais le pas fatidique de l'installation avec un collègue rencontré dans le cadre de mon activité centre de planification : je travaille au cabinet à mi-temps, je continue les vacances au Centre de planification et les interventions à l'IRTS.

Je savais que l'exercice libéral ne répondait pas à mes aspirations... Ce n'était pas mes vacances au conseil général qui allaient me nourrir... Je commençais à trouver les remplacements fatigants- j'en faisais depuis 1979.

J'acceptai cette proposition d'association, tout en précisant à mon collègue que ce ne serait pas pour la vie... !

L'expérience durera 10 années : contact privilégié avec « mes » patientes et difficultés de la pratique en solo.

Le 31 décembre 1999, je me tourne vers un ailleurs...

c- dans quel contexte me suis-je inscrite au DUFES ?

Après une formation Gordon sur « l'aide aux relations humaines » effectuée en 1998, je décidai de ne pas remettre au lendemain le projet qui me trottait dans la tête depuis quelque temps et décidai d'abandonner l'exercice libéral pour me consacrer à des actions de prévention dans mon domaine : j'écrivis ce projet , je proposais d'animer des groupes de paroles sur la sexualité en collèges.

Il me semblait essentiel de briser la loi du silence, le tabou sur la sexualité. Comme écrit Didier Dumas , psychanalyste , dans « *et si nous n'avions toujours rien compris à la sexualité ?* » : *si les parents n'en parlent jamais, la sexualité est plus ou moins vécue comme anormale. Une chose dont on ne peut parler n'existe qu'à moitié.*

J'avais déjà, dans les conclusions de ma thèse , soutenue en 1989, proposé ces rencontres dans les établissements scolaires ...L'idée ne m'avait jamais quittée.

Cette action s'inscrivait dans la durée puisqu'il y avait plusieurs séances avec les élèves (10 heures) et devait être intégrée à l'emploi du temps. Lorsque je soumettais ce projet aux différentes institutions ou structures , inspection d'académie, rectorat, enseignement privé, Conseil Général, DASS , DRASS, DPJJ, CORES, Direction Jeunesse et sport, j'étais à cent lieux de penser que je commençais un éprouvant parcours du combattant : la conjoncture, en effet, était on ne peut plus favorable , Ségolène Royal et Martine Aubry venaient d'instituer l'obligation « des 2H d'éducation à la sexualité, à la vie en 4° et 3° », le 1° rapport « Nisand » était rendu public avec la mise en évidence de la carence d'information des jeunes ...Tous les politiques s'inquiétaient du nombre important d'IVG chez les mineures...Les réponses furent surprenantes :

« - ce n'était pas le moment... » ???

« - tout à fait ce que nous aimerions proposer aux jeunes... Vous intervenez de façon bénévole ? »

« -ce n'est pas prioritaire »

« - c'est vraiment très intéressant...

Vous n'y arriverez jamais... et vous vous rendez compte, vous avez arrêté le libéral, vous avez une enfant à charge...C'est de l'inconscience. »

Je me rendis compte que le fait de dévier de ma trajectoire professionnelle « attendue » ne laissait pas mes interlocuteurs indifférents : beaucoup se sentaient dérangés, quelques-uns

m'ont sincèrement encouragée. Mes ami-e-s, mes parents m'ont apporté leur soutien. Je les en remercie.

En septembre 2000 j'intégrais l'association Djunes (dynamique jeune pour une nouvelle écoute santé) : le projet pré-cité était déposé à la DRASS dans le cadre de l'appel à projets annuel, il fut subventionné , sans problème pendant 3 ans ... Puis les difficultés ont recommencé : en effet , ces fonds ne concernent que des nouvelles actions, ils ne peuvent contribuer à les pérenniser . Il fallut utiliser de subterfuges, donner un nouveau titre à l'action : « Ado, je découvre la relation amoureuse » devient « Les premières fois ». Heureusement l'association commençait à être connue, reconnue et appréciée sur le terrain ; notre projet n'étant pas une intervention ponctuelle, les appuis officiels s'affichaient , certains collègues étaient très satisfaits de ce partenariat sur le sujet délicat de la sexualité...

Ceci dit, les subventions ne cessent de diminuer, la prévention que constitue l'éducation à la santé en général n'a pas d' effets sur le court terme, et nous évoluons dans une société qui veut des résultats ...sur le champ ...

J'avoue être envahie de perplexité lorsque je constate l'impossibilité de pérenniser des actions inscrites dans la durée, évaluées positivement sur des sujets tels la sexualité, les conduites addictives ou la prévention du suicide chez les jeunes...

Comme je l'écrivais plus haut, plusieurs établissements ont accueilli l'action intitulée « les premières fois » à bras ouverts, plusieurs centres de formation d'apprentis paient de leurs propres deniers, les collègues de ZEP peuvent bénéficier de l'action gratuitement ...et si certaines équipes éducatives n'ont pas hésité à intégrer ces 10H dans le programme de 3^e, d'autres ont capitulé devant les difficultés : problèmes d'organisation d'emploi du temps mis en avant, révélant des réticences sous-jacentes ...

Un directeur d'établissement a cessé de travailler avec l'Association car il y eut une grossesse adolescente dans sa structure ... ce qui signifiait , à son avis, l'échec des interventions...

Les instances hiérarchiques ne nous ont jamais soutenues ...Je ne raconterai pas les multiples démarches, les nombreux rebondissements ... Je résumerai en disant qu'il est difficile de rentrer dans la forteresse Education Nationale par la grande porte ... Ceci dit, sur le terrain, certaines équipes éducatives sont très intéressées et motivées, il y a une réelle collaboration en amont, pendant et en aval de l'action, nous sommes invitées à participer au Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté. Les petits ruisseaux faisant les grandes rivières, je reste optimiste...

Des moments de découragement, il y en eut .

J'avoue avoir rencontré au bon moment, lors de ma formation de médecin territorial, une femme de Nîmes qui me parla de la formation 120H sur la sexualité avec Réjean Tremblay, je m'y inscrivis sur le champ en l'intégrant dans mon cursus de formation pratique ... C'était possible, ce me fut proposé par le responsable de l'Institut National des Etudes Territoriales, qu'il en soit ici vivement remercié. Ce fut validé , en août, par ma collectivité...ensuite, « on » a été étonné que cela le fût et laissé entendre que j'avais eu de la chance ...

Cette formation fut une grande bouffée d'air pur ... ce qui m'amena à poursuivre dans le cadre du DUFES. J'ai apprécié cette formation « remue-méninges », les lectures proposées, les échanges avec les enseignant-e-s et les autres participant-e-s. Je pense qu'elle a contribué à ma décision de quitter le Centre de Planification où « j'oeuvrais » depuis 20 ans : l'individu peut évoluer dans un système un certain temps, un temps certain ...tout le temps qu'un certain

équilibre, un équilibre certain est respecté...quand ce n'est plus le cas, l'heure est venue de prendre d'autres chemins.

Je travaille maintenant à mi-temps au service orthogénie du CHRU et, comme c'est l'année du changement, sur mon autre temps partiel, j'ai intégré avec l'équipe de Djunes la Maison des Adolescents qui vient d'ouvrir à Caen.

3- CONSTATS SUR L'IVG

a- données statistiques sur les IVG en France

Il y en a **220 000 par an** depuis 1980 ; si la légalisation de sa pratique par la loi Veil (décembre 1974) a fait chuter la mortalité maternelle -un décès par jour dans les années soixante, moins de 2 par an aujourd'hui, elle n'en a pas fait diminuer le nombre...

13 400 IVG ont été pratiquées chez les mineures en 2004 (nombre en augmentation). Dans le rapport du **Haut Conseil de la Population et de la Famille** qui a été remis au Président de la République en décembre 2006, le Pr Israël Nisand propose des explications :

« *La première explication, c'est l'absence ou l'insuffisance d'information dans le milieu scolaire...* », constat qu'il faisait déjà en 1998.

Si l'on compare le taux d'IVG en France à celui des autres pays de l'Union Européenne , la France se situe en position intermédiaire. Aux Pays-bas où une véritable politique d'éducation sexuelle est mise en œuvre le taux est bas...

b- la formation inadaptée des étudiants en médecine dans les domaines de l'IVG et de la contraception .

C'est sur les bancs de la fac que s'acquièrent les connaissances mais, comme je l'ai développé précédemment, les études laissent peu de place à la réflexion sur l'inscription de la médecine dans les sciences humaines et le rôle de la médecine dans la société ...qui peut être normatif, répressif ou émancipateur...

« Les études médicales sont censées fournir aux « novices » non seulement les connaissances et les compétences techniques que requiert leur future profession, mais également les attitudes et les valeurs qui leur permettront de l'exercer correctement .(...) Il faut avoir appris à jouer son rôle dans la mesure où, comme dans n'importe quelle pièce, connaître son texte ne suffit pas »(Carricaburu et coll.2004 : 45-47).

« Lieux de transmission des savoirs, la faculté et l'hôpital sont aussi les lieux de reproduction des modèles, modèles de pratiques médicales comme de pensée médicale : or ces modèles sont assez peu questionnés par des études centrées sur « l'aspect bio-médical » du savoir » (Maud Gelly :9-10).

« La médecine contraceptive, qui vise à l'équilibre et au mieux-être de ceux qui l'utilisent, s'inscrit bien dans la logique de la charte de l'OMS, c'est d'ailleurs ce qui lui donne une dimension éthique spécifique en faisant du médecin un acteur social, autant qu'un technicien, dont l'intervention doit s'intégrer dans un processus d'éducation à la santé »(Héritier 1999 :48).

Rajoutons à cela que plus globalement les médecins ne sont pas formés à l'entretien alors que c'est leur outil de travail essentiel.

c- enfin, les thèmes contraception et IVG interpellent les soignants dans la mesure où ils modifient complètement les enjeux de la consultation.

Les femmes qui sollicitent contraception et IVG ne sont pas malades, les médecins qui les reçoivent ne sont plus décideurs, ils deviennent en quelque sorte des exécutants ; ce sont les femmes qui choisissent, elles ont le droit, la liberté de faire l'amour sans risque de grossesse ... ou d'interrompre une grossesse non désirée...

Est-ce pour cette raison que les médecins, les gynécologues apprécient peu ces secteurs, souvent dévalorisés car peu dignes d'intérêt (c'est plus vrai pour le secteur de l'IVG / celui de la contraception) ? Ils trouvent plus de satisfaction personnelle à travailler dans le domaine des procréations médicales assistées, par exemple...

Pour les médecins , la principale justification de l'IVG ne repose-t-elle pas sur les bénéfices sanitaires qu'elle apporte plus que sur l'affirmation d'une liberté?

Comment les médecins vivent-ils ces consultations de demande d'IVG ? La formation sur la contraception et l'avortement dans les études médicales est-elle adaptée aux réalités de terrain ? Si elle ne l'est pas, n'est-il pas compréhensible que les soignants se retrouvent en difficulté dans ces consultations particulières avec le risque d'avoir une attitude délétère?

Il y a urgence à réfléchir à ces questions : à partir de 2010, des structures IVG risquent de disparaître du fait de difficultés de recrutement , du départ prévisible d'une génération de médecins et de la mauvaise représentation de cet acte chez les médecins.

Pour conclure ce chapitre sur les constats, dans les documents officiels, citons le rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4/7/01 relative à l'IVG et à la contraception :

-il constate des progrès depuis 1975.

-il persiste des difficultés dans les délais de prise en charge, l'information et l'accueil des femmes (une enquête nationale a d'ailleurs été lancée le 17 avril 2007 par la DREES-Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques pour les évaluer) et l'absence de valorisation des professionnels des services d'IVG.

-il préconise des recommandations sur la prise en charge de l'IVG et l'organisation de cette activité, la pratique de l'IVG médicamenteuse , la formation des médecins .

-il souligne enfin la nécessité d'améliorer l'information de tous sur la contraception et de renforcer l'éducation à la sexualité.

4- ENONCE DU THEME

La demande d'IVG : attitudes des soignants

Rôle de la sexualité dans sa problématique

Influence des différentes attitudes des soignants sur la prise en charge et le vécu de l'IVG

5- PUBLIC

Niveau universitaire : un groupe d'une quinzaine d'externes (étudiants en médecine du deuxième cycle) en stage à la Maternité.

6- INTERET GENERAL DU THEME

Comment , au sein d'une « consultation –IVG » émerge la complexité de la sexualité ?

Comment les attitudes des soignants, des médecins, des gynécologues peuvent-elles être « aidantes » ou « iatrogènes » ?

Comment les deux fonctions de la sexualité –procréation et plaisir- sont-elles intriquées alors que l'ère de la contraception moderne aurait tendance à les dissocier ?

Comment nous ,médecins, gynécologues, ne pouvons-nous pas ignorer la dimension de la sexualité, la complexité du désir sexuel, du plaisir sexuel, de la relation dans les consultations de demande d'IVG ...mais aussi dans les consultations de contraception, de stérilité, voire de Procréation Médicale Assistée ?

Comment les prendre en compte afin de mieux accompagner les femmes, les couples dans l'élaboration de leur choix, de leur décision ? A l'inverse, les ignorer risque d'ajouter de la souffrance, de générer de l'anxiété, d'être délétère voire traumatisant...

7-MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME SPECIFIQUE D'EDUCATION SEXUELLE

Il ne s'agit pas à proprement parler d'un programme d'éducation sexuelle mais d'une mini-formation par 6 rencontres sur le sujet : **nous envisageons de leur présenter notre méthodologie de travail acquise lors du DUFES et de leur faire passer l'esprit de cette formation** à savoir « *refuser d'être le perroquet du sens commun* », « *ouvrir des fenêtres de questionnements, de réflexions* », ce qui leur permettra d'appréhender sous un autre angle les demandes d'IVG. Nous ne pourrons pas « *mettre le mot plaisir sexuel à tous les 2 mots* » comme nous l'avait demandé dans un premier temps Réjean Tremblay...Qu'il n'y ait aucune ambiguïté sur notre travail : nous avons choisi de développer le thème des attitudes des soignants afin que justement puisse être ouvert au cours de la consultation d'IVG « **un espace parole** » et entendue la dimension de la sexualité (cf chapitre ci-dessus).... En tant que praticiens de terrain , nous savons combien c'est important...

Dans le cadre de ce mémoire, il nous a été demandé de décliner ce thème en 6 séances qui suivront les principes de WOLPE sur le degré d'implication des différentes techniques éducatives à savoir une progression pédagogique allant de l'étape la moins implicante à la plus implicante.

Nous espérons faire émerger les questionnements, faire entamer, peut-être, un processus de transformation de nos représentations , de nos attitudes : agir sur le savoir, le savoir-faire et le savoir être.

Nous souhaitons susciter le désir de se documenter sur ce sujet ...et pourquoi pas celui de faire une formation plus approfondie sur la sexualité...

E- OBJECTIFS

a-Objectif général

Optimiser la relation avec les femmes, les couples consultant pour une demande d'IVG afin d'en améliorer le vécu et de cheminer vers le sens de cette décision.

b-Objectifs spécifiques

- + Identifier les représentations et les ressentis des futurs professionnels sur le sujet de l'IVG
- + Aborder l'IVG non seulement sur le plan biologique (données acquises dans le cursus des études) mais sous les aspects psychologiques, sociologiques et moraux
- + Définir dans le cadre de la mission professionnelle les supports d'une attitude aidante afin de diminuer l'impact négatif de ces consultations sur les femmes
- + Donner des outils aux soignants afin d'acquérir du savoir-faire et du savoir-être dans ces consultations



Aphrodite callipyge

Aphrodite, la déesse Grecque de l'amour et de la séduction, en fait de la sexualité.

Elle aurait surgi de l'écume de la mer à l'endroit où tombèrent les organes génitaux tranchés d'Ouranos (le ciel) .

II) PREPARATION ET ANIMATION DES SEANCES

1-SEQUENCE N° 1 IMPLICATION DES EDUCATEURS

a-Préparation de la séance

Le thème : la demande d'IVG

Objectif (il est double) :

- permettre une prise de conscience des attitudes possibles du médecin face à une femme consultant pour une demande d'IVG , lien entre cette attitude et ce que va, ce que pourra exprimer cette patiente = proposer une pédagogie basée sur des attitudes favorisant la communication

- mise en évidence de l'attitude qui favorisera
 - + l'expression du vécu sexuel
 - + la diminution de la culpabilité, de l'émotion de la femme (du couple)

et qui sera « aidant » dans l'élaboration de la décision = proposer un processus d'accompagnement qui permette à la femme, au couple autonomie et liberté de choix.

Les limites de cette séance

L'objectif étant complexe , les outils pédagogiques complètement nouveaux, une partie des étudiants risque de ne pas intégrer d'emblée tout le contenu de la séance ... Nous prévoyons de prendre le temps d'y revenir lors de la deuxième séance.

Qui fait quoi ?

Isabelle anime.

Stéphane dirige

L'histoire

Elle est inspirée d'un cas clinique.

Les outils pédagogiques

Deux outils serviront d'appui à notre séance :

-la matrice : nous ferons dans un premier temps vivre cette histoire sur cette matrice que nous avons créée

-le cadre explicatif : le schéma de Becker . Nous l'utiliserons d'abord pour schématiser **les différentes attitudes possibles des soignants** , nous nous en servirons ensuite pour aborder **les conséquences de ces attitudes sur la relation médecin-femme (couple) .**

Les autres piles de données

Nos connaissances sur la dynamique du sens de l'IVG

Nos connaissances sur l'histoire du plaisir sexuel

Nos connaissances sur l'importance de la qualité de la relation pour être dans l'aide, l'accompagnement (Gordon ,Rogers , Salomé, Tremblay)

Qui clôture

Le metteur en scène prendra en charge la conclusion et invitera les étudiants à remplir le questionnaire d'évaluation de la séance où ils pourront s'exprimer de manière anonyme, ce qui nous permettra d'élaborer la séance suivante. Ce questionnaire sera le même pour toutes les séances. (Annexe I)

-b- la séance proprement dite

Stéphane : Bonjour

Isabelle : Bonjour

Stéphane : aujourd'hui nous allons nous attacher , au travers d'une demande d'IVG recueillie en consultation, à approcher le champ de la sexualité , sujet qui sera abordable... en fonction de l'attitude du soignant qui reçoit cette femme ou ce couple.

Isabelle : je vais vous raconter cette histoire, inspirée d'un cas clinique...

Isabelle pose la matrice

Aspects / Niveaux	biologiques	psychologiques	sociaux	moraux
Savoir	information	émotion	dialogue	intention
Savoir-faire	apprentissages	motivation	stratégies	confrontation
Savoir-être	épanouissement	intégration	confiance	liberté de choix

Le Dr D. reçoit ce jour Mme Samira S pour une demande d'interruption de grossesse. Elle lui raconte [redacted]

« - J'ai arrêté ma pilule il y a deux mois... [redacted] Pointer STRATEGIES

Je n'ai pas eu le temps de la renouveler... [redacted]

Les études, mon bébé de 6 mois... [redacted]

Mon mari ne veut absolument pas entendre parler d'un deuxième enfant. » [redacted]

Pointer CONFRONTATION

Le Dr D. dit [redacted]

« -Bon, nous allons voir cela » [redacted]

Stéphane : bien , il y a beaucoup de questions sous-jacentes dans ce témoignage. Voyons-en quelques-unes : quelles questions de l'ordre de la sexualité, du désir , du plaisir sexuel, se profilent derrière cette demande d'IVG ? Et comment l'attitude du Dr D. peut-elle induire l'expression de ces interrogations ?

Isabelle : Mme S étant d'origine maghrébine, on peut imaginer que ses apprentissages (*pointer ce mot sur la matrice*) sont en résonance avec ses références familiales, culturelles et vont influencer ses comportements en matière de sexualité, plaisir sexuel et certainement aussi ses décisions dans le domaine de la contraception.

PAUSE

Peut-être a-t-elle arrêté la pilule car elle n'a plus envie de faire l'amour, plus de désir, plus de motivation (*à pointer*) ?... Le bébé, la maternité ont peut-être changé la donne ? Par contre son mari, lui, il a toujours envie... Confrontation (*à pointer*) des désirs ou non désirs ...

Stéphane : tu veux dire que le désir sexuel, la libido peut diminuer dans certaines circonstances, que l'un peut avoir envie et pas l'autre...

PAUSE

Isabelle : Oui... mais on peut imaginer qu'elle ait décidé (*pointer intention*) de ne pas renouveler la pilule car elle souhaite rapidement une deuxième grossesse : pour elle, une femme s'accomplit dans son identité féminine (*pointer épanouissement*) et donne des enfants à son mari... Lui en a-t-elle parlé ?... (*pointer dialogue*)

Stéphane :

-Non, visiblement : le mari, mais il était absent lors de l'entretien, semble s'opposer à cette grossesse.

PAUSE

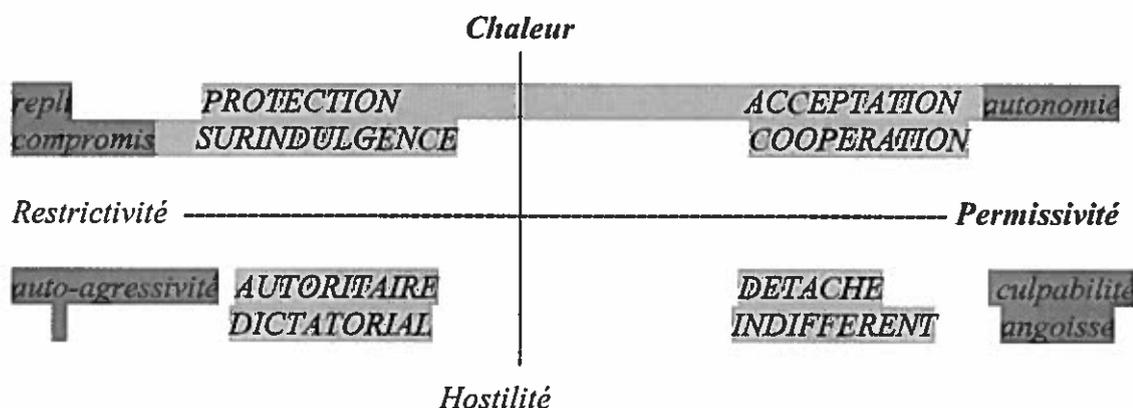
Isabelle :- je pense à une autre hypothèse :

depuis l'accouchement elle ne ressent plus de plaisir sexuel, elle ne comprend pas ce qui se passe, pas, plus d'épanouissement (*à pointer*).

elle stoppe la pilule, qu'elle ne prenait pas avant, ... peut-être est-ce à cause d'elle qu'elle ne ressent plus de plaisir ? Elle a entendu tellement de choses sur la pilule, « on a moins de désir, moins de plaisir sexuel »...

Stéphane : peut-être aussi appréhende-t-elle les rapports du fait de l'épisiotomie faite lors de l'expulsion ? Elle ne s'abandonne plus comme avant...

Isabelle pose sur la matrice le schéma de Becker



Stéphane : Comment peut-on imaginer que le Dr D. réagisse à la demande de Mme S ?

Je vous propose qu'Isabelle mime la suite de cette consultation, ensuite avec l'aide de l'outil –le schéma de Becker- comment nous rendre aptes à aller chercher les problématiques sous-jacentes dont certaines sont exposées ci-dessus . Comment intégrer la sexualité dans le travail d'écoute et d'accompagnement de l'IVG ?

Isabelle :Regarde sa montre, air excédé, posture rigide, se lève brusquement et d'un ton ferme, sans appel, en se dirigeant vers la porte
« Nous allons voir cela. »

Stéphane : là on sent beaucoup d'énergie négative, d'hostilité

Dans cette réaction d'hostilité, ça peut être nous , ça peut être vous, ça peut être un professeur de médecine, l'aide-soignant qui pousse le brancard, ça peut être une femme , un homme...

Pointer hostilité

Isabelle : ça , nous le verrons au cours d'une prochaine séance si les soignants homme et femme, réagissent de la même façon face à la demande d'IVG, il y a eu des études sur ce sujet.

Nous allons pour le moment voir comment on peut décliner cette attitude hostile (pointer hostilité sur schéma de Becker) en imaginant la suite du dialogue :

« Ah, oui c'est pour avorter . Une de plus ! Ce n'est pas très original mais bon, c'est vous qui voyez , ça vous regarde après tout. Moi, je suis là pour ça. Plus vite on en aura terminé et mieux ce sera.

Je vous explique la technique, les risques liés à l'avortement : stérilité, perforation quelquefois, c'est rare... problèmes de couple éventuellement...il ne faut pas oublier les risques liés à l'anesthésie générale...

Vous réfléchissez, vous pouvez encore changer d'avis .
Si vous maintenez votre demande , rendez-vous la semaine prochaine , mardi 8h30 à jeun »

PAUSE

Stéphane :ici le médecin ne s'oppose pas à la demande, il semble *détaché, indifférent* mais ses propos sont *hostiles*.

Tous les mots en italique seront pointés sur le schéma de Becker.

Isabelle :c'est effectivement une *attitude hostile et permissive*. Cette femme peut ressentir du trouble suite au message paradoxal « bien sûr l'IVG est possible/ne venez pas vous plaindre s'il y a des complications » ; cette consultation sera probablement mal vécue , car il n'y a pas de dialogue possible ; cette femme ne peut trouver l'espace pour les questions éventuelles, l'échange, elle peut ainsi se sentir rejetée, niée ou angoissée par l'exposé des complications éventuelles avec un renforcement du sentiment de culpabilité.

Si elle a déjà réfléchi sur la position des soignants, elle pourra au mieux se sentir révoltée par cette attitude (en pensant : pourquoi ce médecin travaille-t-il ici ?), au pire ressentir de la colère ou être paralysée, tétanisée sur sa chaise par l'exposé des complications... car ,lors de la demande d'IVG, très souvent émerge la question de la fertilité future ... d'où l'impact fortement traumatisant du mot stérilité.

PAUSE

Stéphane : tu as bien montré que cette *attitude hostile et permissive* accède à la demande , mais pas au sens. Elle peut même être iatrogène.
Il y a d'autres scénarios possibles?

Isabelle : oui !

«- mais vous vous rendez compte, c'est trop facile, comment une mère, vous avez un bébé de six mois, c'est ça ?, peut demander cela ? Vous pouvez bien décider votre mari... Vous le regretterez , si vous faites cet avortement ...ou plutôt ce crime. Vous avez un enfant, vous pouvez en élever un autre et puis tôt ou tard vous auriez eu envie de ce deuxième enfant... »

Je précise que ce scénario est issu des propos qu'une femme m'a rapportés en orthogénie en avril dernier , le soignant en question était un médecin généraliste, une femme...

PAUSE

Stéphane : je vois des visages sceptiques, je pense que ce genre de propos aussi incisifs est rare , le plus souvent l'*hostilité* n'est pas aussi directe, elle est déguisée, contenue, sous-entendue..

Isabelle :

Exact !

Ces propos sont *tyranniques, dictatoriaux*. On constate une *agressivité* maximale .

Cette attitude très hostile, restrictive risque d'avoir des conséquences sur cette femme : elle peut alourdir la charge émotionnelle de l'IVG, renforcé le sentiment de culpabilité voire induire une pathologie : ex une dépression, une tentative de suicide...
Je me souviens d'une femme qui avait déboulé dans mon cabinet de consultation un soir, le visage ravagé par les pleurs, elle sortait d'un cabinet de radiologie où elle était allée pour dater sa grossesse . Le radiologue en question (qui militait à « Laissez-les vivre ») lui avait fait écouter les bruits du cœur fœtal pendant de longues minutes...pour qu'elle se rende bien compte de ce qu'elle allait faire...alors qu'elle lui avait au préalable précisé qu'elle souhaitait interrompre cette grossesse. Elle était bouleversée...

PAUSE

Stéphane : on peut aisément comprendre que *cette attitude hostile et restrictive* doit à tout prix être évitée.

En effet , avec ces attitudes, le soignant coupe court à tout dialogue avec cette femme, l'échange ne sera pas possible...

Ces attitudes d'hostilité peuvent être plus ou moins évidentes...Les avez-vous déjà observées au cours de vos stages ?

PAUSE

Dis donc Isabelle peut-être pourrais-tu nous mimer *une attitude chaleureuse*, cela nous ferait du bien parce que , là, les 2 scénarios précédents créent une ambiance lourde, oppressante.

Isabelle se réinstalle sur sa chaise, regarde la patiente, attitude détendue, d'ouverture, tête de biais, dit lentement :

« Bon...

Nous allons voir cela... »

Stéphane : ah bien là je me sens mieux, je ne suis pas jugé, je vais pouvoir peut-être parler. Quelque soit l'âge du soignant, sa fonction, son sexe, nous, vous, ...etc... on peut être dans cette attitude d'écoute qui met en confiance pour parler, poser des questions...si on en a envie.

Pointer Chaleur

PAUSE

Isabelle : eh, oui, nos attitudes de soignant peuvent favoriser ou bloquer le dialogue.

Comme pour les attitudes hostiles, nous pouvons décrire 2 attitudes chaleureuses. Imaginons une suite:

Le Dr D. reçoit cette femme, Mme S. Samira, en se disant – oh là là cette pauvre petite, fille d'émigrés, comment va-t-elle faire pour vivre cela, sa culture, sa vie conjugale, son bébé, ses parents...et lui dit ceci :

« Ne vous inquiétez pas, nous allons vous aider, vous protéger, ce n'est pas grave, c'est juste une fausse-couche que l'on provoque... »

PAUSE

Stéphane : le Dr D se présente en effet comme une personne sympathique, son attitude est chaleureuse mais aussi restrictive

Isabelle

Certes il s'agit de *restrictivité*: ses propos sont *protecteurs, surindulgents*.

Est-ce que cette attitude permet à la femme d'entamer un processus de réflexion ? Je ne crois pas, Mme B. sera tentée de se retenir, de se replier ou de n'exprimer que ce que le Dr D. peut entendre : on sera dans le compromis ...

Cette attitude chaleureuse et restrictive peut induire un rapport de *dépendance* de Mme B. par rapport au soignant en infantilisant la femme, ... elle n'encourage pas l'autonomie dans la décision. PAUSE

L'attitude chaleureuse et restrictive peut être délétère car malgré la sympathie du soignant, l'échange est interrompu..

Le sens sexuel de cette demande d'IVG ne trouvera pas l'espace pour s'exprimer ou pour s'élaborer.

Stéphane : je pense que c'est très intéressant ce que tu viens de développer, cela me parle beaucoup, être *chaleureux* ne suffit pas...

Pause

En fait il faut aussi nous soignants .. ou futurs soignants nous questionner sur la méthodologie à adopter pour être aidant, pour accompagner la femme dans le processus d'élaboration de la décision, dans la liberté de choix ... Ce sera le thème de prochaines séances.

As-tu d'autres exemples, Isabelle ?

Isabelle : -un dernier ! :

Le Dr D. dirait à Mme S

« Votre mari n'est pas d'accord... Et pour vous ?

Comment ressentez-vous les choses ?

Vous semblez très émue...

Je suis là pour vous aider à être en accord avec votre choix. La décision peut être difficile... »

PAUSE

Ici le Dr D. favorise le dialogue en se montrant attentif, patient, non directif ; son attitude est chaleureuse et permissive.

Il *accepte* la demande, cherche à poser la souffrance, à accompagner la femme dans sa réflexion en engageant l'échange- sans tirer les vers du nez. Il se peut que Mme S. exprime son ambivalence, ou son désir de grossesse, posant problème car non partagé avec son conjoint ou des difficultés de couple ou un état dépressif. Par *l'attitude chaleureuse et permissive du soignant*, elle pourra -peut-être- se sentir soutenue, écoutée, déculpabilisée. La réflexion est stimulée...si la femme souhaite saisir cette perche. Cette attitude conduit cette femme vers une *autonomie* de décision.

Dans un autre exemple, on pourrait imaginer que la femme souhaite une IVG de façon déterminée, une décision mûrie et vécue positivement car symbolisant un acte de maîtrise sur sa propre vie...*L'attitude chaleureuse et permissive* sera de le comprendre, de *coopérer*... Certains soignants pourraient vraisemblablement se sentir « irrités » par cette demande dans ce contexte...

PAUSE

« **L'attitude chaleureuse et permissive consiste à faire ressentir que ce qui est entendu est reçu de façon non réactive et bienveillante...Le fait de parler peut en effet susciter une certaine émotion ; une attitude d'acceptation, de coopération, de confrontation et de liberté favorisera l'expression du vécu.** »(R.Tremblay « guide d'éducation sexuelle »p53)

L'attitude chaleureuse et permissive est la seule capable d'aborder l'amanèse sexuelle et de permettre un échange réel : un possible pour la femme de s'acheminer vers la dynamique du sens de cette demande d'Interruption de grossesse.

Stéphane :j'ai vu que toutes ces scénettes ne vous ont pas laissé indifférents , je suppose qu'elles vous interrogent , peut-être aussi font-elles émerger des situations que vous avez vécues lors de vos stages ?

Nous sommes en France, trente ans après la légalisation de l'IVG ...Le droit à l'IVG est acquis pour les femmes ...Mais les attitudes des soignants ne sont pas pour autant toujours permissives...Pourquoi ? Il est question de sexualité, c'est encore un sujet tabou ; la morale, la religion, la société imposent des règles, de façon explicite ou plus souvent de façon implicite, que nous décrypterons lors d'une prochaine séance...

Nous venons de voir comment les attitudes du soignant sont significatives, au delà de ce qu'il peut imaginer, plus ou moins aidantes, plus ou moins iatrogènes...

Dans certains cas, la femme (le couple) sera libre de répondre à une invitation, celle de déposer ses difficultés personnelles, affectives, sexuelles, ses résistances par rapport à la contraception, d'ordre personnel ou culturel (peur de grossir, d'avoir de l'acné, d'avoir moins de désir, de plaisir, d'avoir à être toujours prête pour faire l'amour...).

Dans d'autres cas, il n'y aura aucune possibilité de dialogue, d'échanges, la femme (le couple) repartira avec sa problématique ... et aura, peut-être en plus, à digérer le contenu de la consultation...

PAUSE

L'heure est venue de remplir le questionnaire de fin de séquence (annexe I) qu'Isabelle vous remet, il est anonyme. Nous insistons sur l'importance de renseigner le dernier paragraphe, nous vous demandons d'exprimer vos remarques, votre ressenti sur la séance et les scénari présentés. Nous repartirons de tous ces commentaires pour construire la deuxième séance.

Isabelle et Stéphane : Bonne journée
et à la semaine prochaine !



Aphrodite eut plusieurs enfants de ses nombreuses liaisons amoureuses dont **EROS, le dieu ailé du Désir.**

Avec son arc, il s'amusait à décocher des flèches : celles aux pointes d'or, qui rendaient amoureux ou celles aux pointes de plomb qui, au contraire, empêchaient d'aimer...

Parmi tous les récits dans lesquels intervient Eros, celui de Psyché est le plus célèbre ...

J'y vois l'origine de l'histoire « de la Belle au bois dormant » : Psyché absorbant une potion défendue s'endort ...à jamais. Eros parvient à la réveiller grâce à une légère piqûre de ses flèches. Zeus consentit à les marier et Psyché devint immortelle.

Une très belle sculpture de Canova (1793) siècle nous rappelle cette légende « Psyché ranimée par le baiser de l'amour ».

2-SEQUENCE N°2
TRAVAIL ANONYME

a-préparation de la séance

Objectifs

-revenir à partir d'exemples des étudiants sur les attitudes de Becker et ses conséquences(cf objectifs de la première séance)

Qui fait quoi ?

Isabelle anime.
Stéphane dirige

Les outils pédagogiques

-la matrice
-le cadre explicatif : le schéma de Becker avec les attitudes du soignant et leurs conséquences sera repris

Les autres piles de données

Nos connaissances sur l'importance de la qualité de la relation soignant-soigné pour être dans l'aide, l'accompagnement (Méthode Gordon, Rogers, Relation d'aide et formation à l'entretien de Jacques Salomé, Tremblay)
L'encyclopédie du savoir relatif et absolu Edmond Wells

Qui clôture

Le metteur en scène prendra en charge la conclusion et invitera les étudiants à remplir le questionnaire d'évaluation de la séance où ils pourront s'exprimer de manière anonyme

b-la séance proprement dite

Stéphane :Bonjour

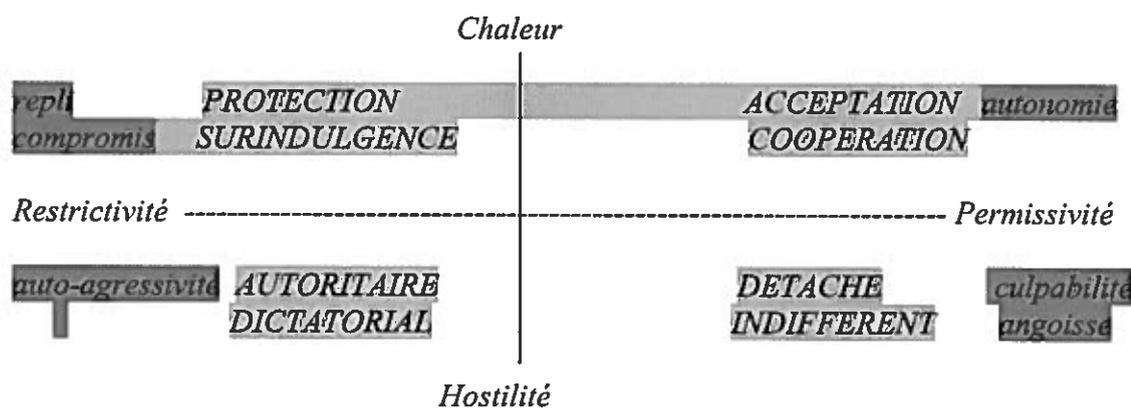
Isabelle : Bonjour...

Stéphane : nous nous retrouvons pour cette deuxième séance sur le thème des attitudes des soignants lors d'une consultation pour demande d'IVG

Vos commentaires sur la précédente rencontre ont été nombreux , en fait l'IVG dépasse largement le cadre médical , ce thème interfère avec nos convictions personnelles, nos émotions, éventuellement des expériences plus intimes mais aussi avec nos références culturelles, religieuses...

Nous avons regroupé vos remarques, Isabelle va les lire en les corrélant aux axes de Becker.

Isabelle montre le schéma de Becker utilisé à la première séance



en préambule, j'insiste que nous faisons un exercice , à savoir nous servir d'un outil pour réfléchir sur nos attitudes, ici vos remarques, qui peuvent laisser augurer plus ou moins d'hostilité, plus ou moins de restrictivité / IVG. C'est une réflexion que nous allons mener ensemble.

- je suis d'accord pour l'IVG .. mais l'on se demande si l'IVG ne devient pas pour certaines femmes un moyen de contraception. Pointer Restrictivité
- les femmes peuvent maintenant recourir à des méthodes contraceptives fiables ... c'est dommage d'en arriver à l'IVG... parce que cela représente toujours une situation difficile, il y a un problème moral qui se pose. Pointer Hostilité un peu

Stéphane : ça, j'ai souvent entendu dans des réunions médicales...Cela touche à l'idée que l'on se fait de la place des femmes dans la société, responsabilité, capacité de décision- leur fait-on confiance ? .. et aussi à l'image idéalisée d'une contraception possible, accessible à toutes les femmes , possibles pour toutes, qui éviterait toutes les interruptions de grossesse...

PAUSE

Isabelle : on oppose souvent contraception et IVG or les femmes ne se sont jamais autant « contraceptées ». Malgré cela le nombre des IVG ne baisse pas : plus la société évolue vers une maîtrise de la fécondité par les méthodes modernes de contraception , plus les femmes qui les utilisent ont recours à l'avortement en cas de défaillance de ces méthodes : Ch.Blayo de l'Institut National d'Etudes Démographiques remarque :« Inciter les couples à une maîtrise toujours plus grande de la reproduction a évidemment pour effet de les déterminer à ne pas accepter les échecs ».

Et si , dans les consultations de contraception, on commençait par parler sexualité : désir, plaisir...avant de partir dans des discussions techniques sur telle ou telle méthode !

Stéphane : des changements se font jour, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a édité il y a deux ans les recommandations de prescriptions contraceptives et insisté sur le fait qu'il fallait non pas plaquer une prescription mais la discuter en fonction de la vie affective, sexuelle de chaque femme et ne pas hésiter à la modifier si le contexte changeait...

PAUSE

Isabelle :Je continue la lecture des remarques

- je pense que l'IVG ce n'est pas rien , il y a des risques physiques, psychologiques... il faut mettre en garde la femme que cela peut arriver
- par aspiration, il y a risque de perforation ...ce n'est pas grave en général..... cela peut se terminer par une hystérectomie (ablation de l'utérus).. -il y a des risques de synéchies (cicatrices inflammatoires avec accolement des parois de l'utérus)... et donc de stérilité ; la femme ne pourra plus avoir d'enfants , ce n'est donc pas un geste anodin.

Pointer Restrictivité

Stéphane : C'est vrai qu'on insiste beaucoup sur les risques de l'IVG dans nos études...sans parler statistiques d'ailleurs.

Isabelle : On abordera ce sujet plus tard mais d'ores et déjà il faut retenir que toutes ces complications se voyaient au temps de l'avortement clandestin , pratiqué dans des conditions d'hygiène, d'asepsie douteuses et avec des techniques plus ou moins agressives ...plutôt plus que moins d'ailleurs.

Aujourd'hui, alors que l'IVG est un acte simple, fait dans des structures de soins, il n'y a plus lieu de s'inquiéter de ces risques sanitaires... Quand ils sont mis en avant, ne vaudrait-il mieux pas s'interroger sur les problèmes sociaux, moraux que l'IVG soulève ...encore ? Ne serait-il pas intéressant de les aborder dans nos études ?

PAUSE

Isabelle : je reprends la lecture des commentaires :

-faire un enfant c'est quand même s'engager , être responsable... Certaines femmes ne sont pas matures, faut vraiment évaluer la demande, et ne pas hésiter à les rappeler à l'ordre... -être compréhensif, OK, mais comment l'être quand une femme revient pour sa 3°IVG voire plus

Pointer Hostilité

Stéphane : Dans les centres d'IVG, j'ai souvent ressenti ,de la part du personnel, la permissivité pour la 1° IVG ...mais lorsque la femme revient pour une « récidive » (c'est le terme employé), cette empathie tombe pour laisser place à de l'agacement, de l'exaspération ou des attitudes carrément plus *hostiles* allant jusqu'au refus de pratiquer l'IVG...

Isabelle: Je dirais, cela dépend des équipes...En tout cas , si l'attitude du médecin est *chaleureuse et permissive*, cela aidera peut-être à entamer la réflexion et à comprendre pourquoi il y a répétition ...

C'est juste que, dans ces situations d'IVG répétées (qu'est-ce que cela interroge chez nous, soignants ?), il y a souvent de la part du corps médical un jugement a priori négatif - *attitude hostile*- la femme le sent et ne se livrera pas...Difficultés personnelles, problèmes de couple, contraception défaillante ou mal tolérée seront tues...

La femme dira qu' « elle ne comprend pas, elle a pourtant bien pris la pilule », par exemple , elle mettra probablement en avant des raisons qu'elle sait acceptable...

Soit dit en passant , j'ai rencontré au centre de planification des femmes géorgiennes ou tchéchènes, je ne sais plus, qui avaient vécu 10 , 15 ,20 IVG... Je me suis renseignée, cela m'avait troublée, j'apparis que la contraception n'était pas autorisée dans ces pays-là.

Stéphane : Pour en revenir aux femmes qui en sont à leur deuxième , troisième IVG , si nous médecins qui recevons cette demande « nous braquons » , comment pouvons-nous assurer un

entretien « aidant » ? Il me semble que nous n'avons pas à répondre de la légitimité de la démarche de ces femmes...

Dans les consultations d'IVG et de contraception, nous ne sommes pas les décideurs, nous avons à jouer un autre rôle ... que nous n'avons pas appris.... Et reconnaissons-le : nous pouvons être mis en difficulté.

Tu continues ?...

Isabelle :

-on ne peut être permissif, il s'agit d'un droit de vie ou de mort sur un être humain

Pointer Restrictivité , Hostilité

-l'IVG c'est un droit de la femme, OK, mais faut pas banaliser, cela reste un acte grave.

Pointer Restrictivité

On retrouve dans ces remarques les grands axes de discussion qui ont précédé la légalisation : acte contre-nature, les questions éthiques « quand commence la vie ? », et plus proche de nous « est-ce qu'il faut donner un statut juridique au fœtus ? » sujet qui a donné lieu à des débats passionnés et remobilisé les « pro » et les « anti » IVG- il y a 4 ans lors de la proposition de l'amendement Garreau , accepté en première lecture , supprimé ensuite...A l'heure actuelle, juridiquement mère et fœtus ne font qu'un.

PAUSE

Isabelle : Je lis les derniers commentaires

-moi, j'ai demandé à faire un stage au service IVG , on n'est pas nombreux dans ce cas.. le stage est plutôt imposé car personne ne veut y aller...je n'imaginai pas à quel point il était question de l'intimité des gens , de leur vie affective et sexuelle, chaque histoire est unique...j'ai beaucoup appris...j'ai envie d'approfondir le sujet...on n'est pas trop préparé...

PAUSE

- j'ai une amie qui a avorté , elle avait très peur de parler à ses parents, elle se sentait coupable ...un jour, elle semblait tellement ailleurs, je l'ai questionnée, ...elle m'a tout dit, sa rencontre avec François, le coup de foudre, ses premières relations sexuelles , le jour où ils n'avaient pas de préservatifs , où ils l'ont fait « quand même »... Je l'ai accompagnée au centre de planification... Heureusement, elle était encore dans les délais .. J'ai été sensibilisée au sujet, c'est important d'être bien accueillie...

Pointer Chaleur et permissivité

PAUSE

Stéphane : Je rebondis sur le mot accueil... C'est vraiment la question essentielle : comment accueillons-nous les femmes qui consultent pour une demande d'IVG ?

PAUSE

Isabelle : Les paroles, les propos comptent mais aussi nos postures , nos gestes, notre mimique, notre regard, l'intonation de notre voix ; ce sont autant de moyens d'expression... **Les attitudes, c'est un ensemble verbal+non verbal qui induit un climat dans la consultation, plus ou moins propice au dialogue, à l'accompagnement .**

PAUSE

Stéphane : Tu pourrais maintenant nous raconter quelque consultation où ton attitude chaleureuse et permissive a permis à la femme-je dis femme, car l'homme est très rarement présent lors de ces entretiens- en se sentant en confiance, de discuter, de se dire, et se faisant d'avancer dans la réflexion , ou de se sentir soulagée ou d'émettre une ambivalence

Isabelle Bien sûr !

Isabelle pose la matrice et pointera , en racontant la consultation, les mots qui s'y rapportent

Aspects / Niveaux	biologiques	psychologiques	sociaux	moraux
Savoir	information	émotions	dialogue	intention
Savoir-faire	apprentissages	motivations	stratégies	confrontation
Savoir-être	épanouissement	confiance	partage	liberté de choix

Je pense à une situations récente:

-Mme A, 35 ans, entre, s'assoit, elle commence:

« voilà , quoi, je suis une femme de mon temps, libérée, quoi !! »

Au terme de la consultation , elle aura déposé qu'elle souhaitait un enfant avec son conjoint depuis 2 ans , qu'elle avait rencontré dans son entreprise un trentenaire , ils étaient une bonne bande de « copains », à discuter ensemble de tout, elle le fréquentait depuis un mois et demi , ils faisaient l'amour 2 à 3 fois/ semaine, c'était super , faut dire qu'avec son légitime elle venait de vivre un passage difficile, normal dans la vie d'un couple...

Elle n'avait pas pris de précaution, elle se croyait stérile, elle l' avait dit à son amant .

Elle était enceinte, mais de qui ?

Climat chaleureux et permissif

Est-ce que je pouvais lui assurer que c'était de son conjoint ?, ben oui , elle faisait quand même pas n'importe quoi , elle marquait les jours où elle retrouvait son amant.

Ce n'était pas possible, les données échographiques avaient une précision de +/- 3 jours. Impossible de trancher, sur la paternité.

Elle avait parlé avec son amant, il l'a laissée libre du choix , ce n'était pas facile, il avait déjà un enfant, et un autre en route. D'ailleurs , à y réfléchir, elle se demandait ce qu'il cherchait... Peut-être qu'elle lui faisait des trucs que sa femme ne faisait pas...

Elle aurait été célibataire, elle n'aurait pas hésité mais, là, non

Climat chaleureux et permissif

Elle ne se sentait pas capable d'assumer ce secret, sur la paternité, si elle gardait la grossesse, elle ne pouvait pas en parler avec son « légitime ».

Elle allait faire une IVG : « Pourtant je suis contre, je respecte le droit à la vie dès la conception ».

J'entendis en fin de consultation des phrases qui me semblèrent signifiantes dans l'histoire de vie de cette femme :

« et puis en plus j'étais persuadée que c'était moi qui avais des problèmes » (de fertilité)

« j'ai toujours entendu , depuis que je suis petite, que je suis nulle, capable de rien... »

« bon , maintenant, faut que je trouve un moyen pour faire consulter mon conjoint... qu'il fasse un bilan ... je sais que je n'ai pas de problèmes... »

« je vais utiliser des préservatifs avec mon amant... »

PAUSE

Stéphane : tout ça s'est dit en une consultation, n'est-ce pas ? Cette femme parle de son désir sexuel, de son désir de maternité, de ses relations avec les hommes, avec sa famille, de ses difficultés personnelles...

Elle s'exprime car elle ne se sent pas jugée, elle est écoutée et entendue dans ses réflexions : le climat est « aidant » . D'ailleurs on a l'impression qu'elle progresse dans sa réflexion, qu'elle déroule une bobine de fil , celle de son histoire...

Isabelle : je précise que je n'avais jamais vu cette femme avant...

Cela me fait penser à une phrase de Salomé :

**C'est toujours risqué d'écouter les gens...
Car parfois on pourrait les entendre.**

PAUSE

Isabelle : être chaleureux et permissif, c'est aussi être capable d'accepter que rien ne soit dit. Il ne faut pas a priori considérer que la femme n'est pas sûre de sa décision ni vouloir recueillir des raisons « valables »...ça peut être tentant de le faire pour se donner un rôle actif...ça peut être aussi pure maladresse dûe au fait que nous ne nous sommes pas interrogés sur notre pratique, que nous n'avons pas été formés à l'entretien.

Stéphane : en tout cas on nous apprend plutôt à questionner...Je me rappelle des cours de sémiologie : premier temps de l'examen clinique « l'interrogatoire » ...

La communication, c'est tout un art... qui peut être enseigné.

Isabelle : Avant de dire quelques mots sur « les questions, lesquelles ? comment ? », je vous lis une réflexion d'Edmond Wells :

Isabelle pose le document sur le rétro-projecteur

Encyclopédie du savoir relatif et absolu
Edmond Wells

Entre

Ce que je pense
Ce que je veux dire
Ce que je crois dire
Ce que je dis
Ce que vous avez envie d'entendre
Ce que vous croyez entendre
Ce que vous entendez
Ce que vous avez envie de comprendre
Ce que vous croyez comprendre
Ce que vous comprenez

Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.
Mais essayons quand même ...

PAUSE

Stéphane : Effectivement cette réflexion est à méditer...

PAUSE

Isabelle : Le mérite de cette réflexion est d'apporter le doute... et de réinterroger sans cesse notre manière de communiquer.

Nous avons beaucoup parlé d'*attitude chaleureuse et permissive*, elle seule permet la réelle communication. Ensuite, comment avancer dans l'entretien ?...

Dans notre culture sociale, on utilise comme mode privilégié de relation le questionnement : certaines questions peuvent être maladroites, ambiguës, manipulatrices ou inductrices .

Elles peuvent l'être d'autant plus que nous ne sommes pas à l'aise sur le sujet de la sexualité ou que nous considérons qu'elle fait partie de l'intimité, de la vie privée , le sujet est donc évité ... alors qu'il est au cœur du « problème ». Je ne pense pas m'avancer beaucoup en disant que peu de soignants abordent les questions du désir sexuel, du plaisir au cours de ces consultations...

PAUSE

Stéphane : quand j'ai des étudiants en stage, c'est une réflexion qu'ils me livrent souvent : « comment faites-vous pour parler sexualité si facilement, si simplement ? Les gens se sentent visiblement à l'aise dans cet échange... »

Tu voulais dire quelques mots sur les questions « lesquelles, comment »...

Isabelle : il y a des questions ouvertes et des questions fermées, qui vont ouvrir l'échange ou le fermer, le stimuler ou le bloquer...

Je prends un exemple, une situation du quotidien :
ma fille rentre de l'école, je peux dire :
« Est-ce que cela s'est bien passé aujourd'hui ? »
ou « Comment cela s'est-il passé aujourd'hui ? »

Dans la première formulation, j'induis la réponse qui ne peut être que...oui .Si cela s'est mal passé, je la mets en difficulté pour s'exprimer.. ; ou ma question restera en l'air ou la réponse sera évasive ; dans tous les cas , l'échange n'est pas favorisé.

Dans la seconde formulation, j'ouvre la possibilité de dialogue , j'ai *une attitude chaleureuse et permissive* (à pointer sur le schéma de Becker).

PAUSE

Dans les consultations de demande d'IVG, la question, par exemple « vous avez oublié votre pilule ? » induira bien souvent la réponse « OUI », l'échange en reste là, contraception défaillante, alors que :

-cette femme avait arrêté sa pilule, elle avait rompu avec cet homme, dont elle ne voulait plus, il avait tendance à s'alcooliser, était violent quand il avait bu ; arrêter la pilule symbolisait cette décision ... et, puis il est revenu...et ils ont fait l'amour...

-ou cette femme avait arrêté la pilule, ils avaient fait le projet d'avoir un enfant, la situation n'était pas facile , « il » n'avait pas encore divorcé, projet , illusions... « Cela a mis un sacré coup de pied dans la fourmilière...Je ne peux pas faire autrement que d'interrompre cette grossesse ... »

-ou le préservatif a cassé ... En fait il n'a pas été mis , car pour l'homme ou/et pour la femme les sensations ne sont pas les mêmes ...

Il y a de multiples histoires possibles...

PAUSE

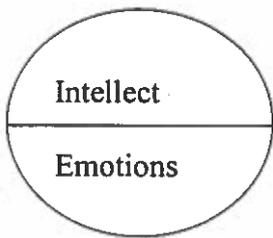
Stéphane : Il y a aussi des consultations où nous voyons la femme se présenter, bouleversée ; nous pouvons avoir une attitude chaleureuse et permissive... mais comment avancer dans l'entretien ?? Nous sommes dans l'embarras...Nous sentons la femme prête à « craquer ».

Isabelle : la formation Gordon que j'ai effectuée il y a quelques années m'a beaucoup aidée.

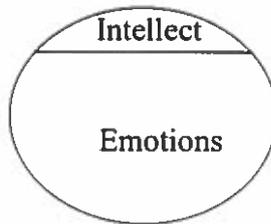
Dans le cas présent, la femme est envahie par une émotion , qui la bloque, l'empêche de réfléchir .

J'ai fait un schéma sur ce transparent...

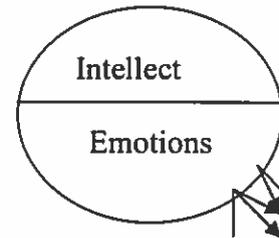
Envahissement Emotif



EQUILIBRE NORMAL



PROBLEME



EFFETS DE L'ECOUTE
Retour vers L'équilibre normal

Quand il y a problème, l'émotion peut devenir trop envahissante, l'individu est parasité, débordé par elle... il ne peut mobiliser ses capacités intellectuelles.

L'aider va consister à reconnaître dans quelle émotion il se trouve-tristesse, angoisse, dépression, contrariété, appréhension, peur, culpabilité, mécontentement, colère ..etc- ce qui va lui permettre de « décharger » ce trop plein émotionnel, le soulager (le niveau émotionnel baisse), il va retrouver un équilibre normal, l'intellect va pouvoir se remettre au travail... C'est la première étape ; ensuite c'est l'accompagnement dans l'identification du problème, dans l'ébauche des solutions ...

PAUSE

Stéphane : tu veux dire que , de cette façon, nous allons aider la femme à déposer ses émotions, cela va la libérer, elle pourra retrouver le chemin de la réflexion et s'acheminer vers une autonomie de décision...

PAUSE

Isabelle :oui...

Avoir une attitude chaleureuse et permissive , « conduire » un entretien ça s'apprend...Nous avons besoin de temps pour intégrer cet apprentissage ...

PAUSE

Même si nous sommes convaincus de l'intérêt d'avoir une attitude chaleureuse et permissive, nous pouvons basculer, au sein d'une même consultation, vers une attitude chaleureuse et restrictive , ou une attitude hostile en réaction à des propos ou des comportements de la femme .. que nous ne pouvons mettre à distance dans un premier temps.

Nous verrons au cours d'une séance ultérieure comment on peut faire le chemin inverse...c'est-à-dire revenir à une attitude chaleureuse et permissive.

Stéphane : c'est utile de préciser que nous avons des limites, la disponibilité, le temps, la forme déjà. C'est des paramètres à prendre en compte. En prendre conscience, c'est déjà le début du processus de changement...

Isabelle : bien sûr...

Cette formation à l'entretien pourrait faire partie de nos études... Nous serions moins en difficulté sur le terrain ...

Stéphane : Nous avons décortiqué lors de cette séance les différentes attitudes de Becker , leurs incidences sur la relation médecin-femme (couple), leurs conséquences sur le déroulement de cette consultation particulière qu'est la demande d'IVG.

Nous vous faisons passer les fiches d'évaluation de la séance... Nous nous retrouverons la semaine prochaine, pour aborder les différents facteurs qui peuvent intervenir, déterminer nos attitudes.

Stéphane et Isabelle : AU REVOIR !



PANDORE JAMES PRADIER

Rare et importante sculpture en bronze à patine médaille

Dans la mythologie grecque, **Pandore** (en grec ancien Πανδώρα/*Pandóra*, « tous les dons ») est la première femme. Elle est associée à la légende de la « boîte de Pandore » (en fait, une jarre). Elle est parfois appelée Anésidora « *celle qui fait sortir les présents des profondeurs* » en fait « *la Déesse de la terre qui préside à la fécondité* »

SEQUENCE N°3
DISCUSSION EN PETITS GROUPES

a-préparation de la séance

Objectifs

-faire réfléchir sur les facteurs déterminants les attitudes des médecins/IVG

Qui fait quoi ?

Isabelle anime.

Stéphane dirige

Les outils pédagogiques

-: proposition d'une histoire sous forme de témoignage, avec la consigne d'identifier l'attitude des médecins et repérer les causes de ces attitudes .

-cadres explicatifs :

+ le schéma de Becker

+les déterminants des attitudes sexuelles: toute personne est un être social. Pour reprendre R. Tremblay, guide d'Education sexuelle p.19 « *nous sommes le produit de multiples influences . Nous sommes donc des êtres influençables parce que nous sommes nés dans une famille, elle-même issue d'un milieu , lequel milieu est inséré dans une classe sociale qui, elle-même, provient d'une culture qui emprunte à d'autres cultures* »

+fiche spécifique sur les déterminants des attitudes, fiche élaborée à partir du cadre théorique précédent

Les autres piles de données

L'historique de la légalisation de l'IVG

La position du corps médical/IVG

Toujours , Gordon, Rogers, Salomé et Tremblay

Une reconnaissance progressive du plaisir sexuel Lydie Garreau

Avortement et contraception dans les études médicales Maud Gelly

Qui clôture

Le metteur en scène prendra en charge la conclusion et invitera les étudiants à remplir le questionnaire d'évaluation de la séance où ils pourront s'exprimer de manière anonyme.

b-la séance proprement dite

Stéphane :Bonjour...

Isabelle : Bonjour...

Stéphane : nous nous retrouvons pour cette troisième séance sur les attitudes des soignants lors d'une demande d'IVG.

Cette séance va se dérouler en deux temps : tout d'abord , vous allez vous mettre en petits groupes- vous êtes 16, des groupes de 4 seraient bien- nous vous lirons une histoire, celle d'une femme faisant une demande d'IVG -vous disposerez d'une copie- La consigne est :

-de réfléchir à cette histoire ensemble, dans les groupes,

-d'identifier les attitudes des médecins rencontrés et leurs effets sur la femme –Isabelle va vous remettre sur le rétroprojecteur le schéma de Becker

-et d'entrevoir les facteurs à l'origine de ces attitudes chez le soignant...

Dans un deuxième temps, nous vous présenterons un document synthétique sur les facteurs déterminant les attitudes et nous vous le commenterons avec plusieurs supports à l'appui dont vous recevrez des photocopies.

Pouvez-vous vous répartir en groupes ? Merci...

PAUSE

Isabelle : Je vois que tout le monde est installé.

Voici l'histoire -avril 2007- centre IVG

Isabelle lit l'histoire, chaque étudiant en a une copie

Le Dr D. ouvre la porte, 3 personnes dans la salle d'attente, et appelle Mme B.

« -Bonjour...

Je suis le Dr D, gynécologue, je vous prie d'excuser mon retard, j'ai été appelé dans un service pour une urgence... »

Le Dr D. invite Mme B. à s'asseoir, il remarque qu'elle semble tendue, l'attente ? (3/4 H de retard). Un coup d'œil sur le dossier, il s'agit d'un contrôle post-IVG, cela ne devrait pas être bien long...

« -Comment cela s'est-il passé ?

-Bien »

Réponse mono-syllabique, posture rigide, attitude défensive qui cloche avec ce « bien » ...

Regret : dommage que ce ne soit pas lui qui ait vue cette femme en consultation pré-IVG...il est en territoire complètement inconnu.

La consultation risque d'être plus longue que prévu...

« -Vous semblez tendue ... »

Silence

« -Je viens à contre-cœur... j'ai accepté ce contrôle , à condition de ne pas revoir le même médecin que lors de la consultation pré-IVG... »

Un peu plus tard :

« l'IVG , je l'ai bien vécue, enfin , si tant est qu'on puisse bien la vivre , c'était mon choix, je n'avais pas envie de grossesse puisque je prenais la pilule... Ce qui a du mal à passer, c'est la façon dont j'ai été reçue par les médecins, ce qu'ils m'ont dit.. Cà, j'avoue, cela me reste là». Elle joint le geste à la parole : main à la gorge.

Mme B. déroule la bobine de son histoire singulière d'IVG.

Fin février 2007 elle rencontre sa gynécologue . Le rendez-vous avait été pris pour un renouvellement de pilule, « cela tombait bien » parce que Mme B. n'est pas en forme depuis

quelques jours, une impression que quelque chose ne tourne pas rond , elle s'en ouvre à sa gynéco

« Avez-vous oublié votre pilule ?- Non ».

« Avez-vous saigné pendant les 7 jours d'arrêt ?- Oui, pas beaucoup, comme d'habitude »...

Mme B. insiste :

« Pourrais-je être enceinte sous pilule ?- Non ... si vous n'avez pas fait d'oublis »...

Trois semaines plus tard elle achète un test de grossesse , surprise : il est POSITIF.

Elle consulte son médecin généraliste pour avoir le « certificat pré-IVG », une lettre attestant de son état de grossesse. Elle ne s'étend pas sur cette entrevue.

Début avril, elle rencontre un médecin à l'hôpital pour fixer la date de l'intervention. Ce médecin pratique l'échographie : terme limite , quasi-12 semaines de grossesse(début de grossesse estimé au 7 janvier.

« Comment se fait-il que vous arriviez si tard ? quand même ! Vous ne vous rendez pas compte ? »

Agacement du médecin –il faut prévoir une consultation anesthésique avant l'intervention, on est jeudi, la semaine prochaine, on aura dépassé le terme légal.

« A ce terme, c'est beaucoup plus difficile, le fœtus est formé, ce n'est vraiment pas un geste anodin... »

Coup de fil à un collègue du service.

« Vous avez de la chance, le Dr K. qui est de garde samedi accepte de vous prendre en charge, vous verrez l'anesthésiste demain »

FIN

PAUSE

Stéphane : nous vous proposons 10 minutes pour réfléchir à l'attitude de ces différents soignants qui ont croisé le périple de Mme B.

Si vous avez une question, nous sommes à votre disposition , nous passerons dans les groupes...

Isabelle : à l'issue de ce travail, chaque groupe portera à la connaissance des autres le fruit de des réflexions...

PAUSE et DISCUSSION EN PETITS GROUPES

Stéphane : dans 2 minutes, nous passons à la restitution des échanges ...

Stéphane nous voilà arrivés au terme des 10 mn. Qui veut commencer ?

Isabelle suivra l'exposé des commentaires en les « posant » sur le schéma de Becker.

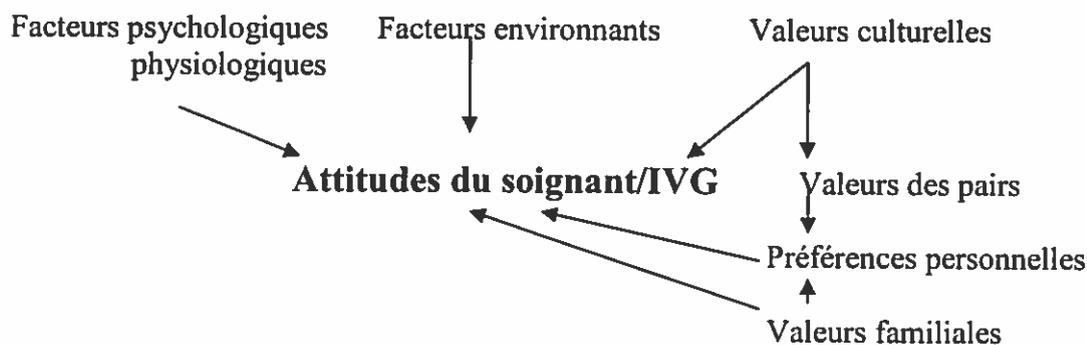
Les groupes, à tour de rôle , rapportent le contenu de leurs échanges : description des différentes attitudes, des conséquences sur cette femme et propositions d'explications.

Stéphane : nous vous remercions . Pour la partie théorique que nous allons aborder maintenant , plusieurs pistes ont été ouvertes par vos remarques...Isabelle va les développer.

Isabelle : nous sommes avant d'être médecins des individus , nous avons été éduqués dans une certaine famille, appartenant à un certain groupe social ; nous ont été transmis des schèmes de référence , plus ou moins rigides ; nous avons fait des études avec des programmes établis par le ministère de tutelle, des cours faits par des professeurs , qui , avant d'être professeurs étaient des individus...etc. Nous sommes sous « influence permanente » , je dirai...Comment nous construisons-nous « en tant qu'être social » pour reprendre R. Tremblay ?

Stéphane : en quelque sorte quels sont les différents facteurs qui peuvent intervenir sur les attitudes des soignants dans le domaine de l'IVG ?

Isabelle : pose l'outil pédagogique (inspiré du modèle des « déterminants des activités sexuelles » Frieze, Tremblay)



PAUSE

Stéphane : certains facteurs ont d'ailleurs déjà été abordés , plus ou moins directement, tout à l'heure ou aux précédentes séances ... Voyons-les plus en détail ?

Isabelle : commençons par les **valeurs culturelles/ IVG**

Chaque société, chaque civilisation a un héritage de valeurs culturelles...En France, elles proviennent , en ce qui concerne l'avortement :

-de principes moraux , religieux avec le poids des « valeurs » judéo-chrétiennes : la contraception comme l'IVG ont toujours été considérées comme immorales par la hiérarchie catholique française : l'IVG, on comprend pourquoi « tu ne tueras point » ; le danger , pour S.de Lestapis, professeur à l'Institut catholique de Paris , c'est qu'avec la contraception la sexualité devient « une capacité de jeu érotique au service du couple »(1959), « il y a dangers de perversion sexuelle avec l'usage immodéré de la pilule » dit en 1967 le Dr S.Geller. **C'est bien le plaisir sexuel qui est condamné ...**

Le 12/ 2/1966 , Paul VI demande aux femmes catholiques d'être fidèles à leur mission de mère « la plus naturelle et la plus attachante... leur plus sûre garantie de salut et de récompense ». Il présente la chasteté des couples comme « une vertu à cultiver » qui les protège et les « purifie des égoïsmes de la chair ».

Il n'est pas inutile de rappeler les difficultés de fabrication du RU 486, la pilule abortive, découverte par le Pr Beaulieu dans les années 1980, les pressions exercées sur le laboratoire Roussel-Uclaf... Sa commercialisation ne sera effective que vingt ans plus tard... Le cardinal Lustiger avait qualifié le RU « *d'arme chimique contre le fœtus.* »

Lorsque les infirmières scolaires sont autorisées à donner la pilule du lendemain, les associations familiales catholiques mènent campagne contre cette délivrance...

-de modèles sociaux , comment aborde-t-on les questions de la sexualité ? de l'embryon ? de la natalité, de la maternité ? quel est le statut des femmes ?

Ces valeurs tendent à imposer un courant de pensée qui sera celui du plus grand nombre , un modèle normatif en quelque sorte.

PAUSE

Stéphane Ceci dit, ces valeurs sont mouvantes ... comme nous allons le voir ... Ça ne se fait pas en un jour...

Isabelle pose sur le rétroprojecteur le transparent retraçant « L'historique de la légalisation de l'IVG »

Isabelle : L'historique de la légalisation de l'avortement est signifiant.

En préambule, l'avortement n'est pas une pratique nouvelle, il était légal chez les grecs, pour préserver le patrimoine, à condition que comme le prescrit Aristote, il soit pratiqué « avant que le fœtus n'ait vie et sentiment », il se pratiquait chez les latins, certains textes anciens font référence à des pratiques abortives.

Quand on a commencé à légiférer, c'était pour réprimer l'avortement et en quelque sorte rappeler les femmes à l'ordre, à **la norme procréative**, à des époques où l'on avait besoin de développer **une politique nataliste** (pointer sur le transparent les lois de 1920, 1923, 1939 et 42).

Benoîte Groult écrit :

« L'Éternel Féminin est de retour et les femmes sont fermement invitées à obéir à la Nature, c'est-à-dire à se soumettre à leur vocation d'épouse et de mère. Pour mieux les y contraindre, cette politique nataliste va s'inscrire dans une loi, qui bloquera pour elles toute chance d'échapper à la fatalité biologique et tout espoir de pouvoir prendre en main leur vie. »

HISTORIQUE

-1810 le code Napoléonien: inscrit l'interdiction d'avorter, article 317 du code pénal

-1920 et de 1923 : au lendemain de la première guerre mondiale, face à la très faible fécondité des dernières générations du XIX^e siècle, 2 lois sont votées et répriment la provocation à l'avortement et la propagande anti-conceptionnelle.

-1939 (« Code de la famille ») : mise en place par le gouvernement de Daladier , face aux menaces d'un conflit imminent avec l'Allemagne , cette loi punit plus sévèrement les femmes avortées ainsi que les avorteurs.

-1942 cette nouvelle loi assimile l'avortement à un crime contre l'état , il est passible de la peine de mort ou des travaux forcés

En 1943 Marie-Louise Giraud, une blanchisseuse, est guillotinée pour avoir réalisé 26 avortements. C'est la dernière femme exécutée en France.

- 1975 **LOI VEIL** : après des mois d'audition et de débats passionnés à l'Assemblée, et grâce à l'engagement personnel de Simone Veil, ministre de la Santé, est adoptée, par 284 voix contre 189 , une loi provisoire pour 5 ans. Seuls 99 députés de la majorité (pour mémoire, de droite) sur 291, ont voté pour, c'est l'opposition de gauche qui a fait passer le texte gouvernemental.

L'IVG doit être pratiquée avant la fin de la 10^e semaine de grossesse sur demande de la femme qui doit apporter , au cours d'un entretien préalable , la preuve que « son état la place dans une situation de détresse ».Pour les mineures , il faut l'autorisation d'un parent , pour les étrangères, une attestation de trois mois de résidence en France. L'IVG se fera après 3 consultations : 2 médicales avec un délai de réflexion d'une semaine, et un entretien psycho-social.

-1979 **LOI PELLETIER** : à la fin de sa « période probatoire », la loi Veil sera pérennisée sans grande modification

-1982 **LOI ROUDY** : remboursement de l'IVG et mise en place des centres d'IVG (CIVG)

-1993 **LOI NEIERTZ** : création du délit d'entrave à l'IVG

-1995- Mme Veil établit un statut de contractuel pour les médecins travaillant dans les CIVG

-2001- la loi du 4 juillet dépénalise l'avortement (suppression de l'article 317 du code pénal) et allonge le délai à 12 semaines de grossesse; l'entretien psycho-social pré-IVG n'est plus imposé (mais proposé), il reste obligatoire pour les mineures ; l'autorisation parentale n'est plus exigée, en son absence la mineure propose un référent adulte de son choix (précisons que cette personne n'a aucune responsabilité médico-légale) ; l'attestation de résidence pour les femmes étrangères est supprimée.

La clause de conscience pouvant être avancée par le médecin pour refuser d'intervenir est maintenue. Il doit informer la femme sans délais et la diriger vers un autre médecin.

-**ARRETE 23/7/2004** : autorisation de la pratique de l'IVG en ambulatoire par voie médicamenteuse avant la fin de la 5^e semaine (L'âge de la grossesse est confirmée par échographie.)

PAUSE

Stéphane : si l'IVG a été légalisé c'est qu'il y a eu un contre-pouvoir porté par des mouvements sociaux , qui a fait basculer l'opinion publique ...

Isabelle : en fait la légalisation de l'IVG s'inscrit dans la conquête d'un nouveau droit pour les femmes, celui de choisir leur maternité ; l'émancipation des femmes est un processus amorcé depuis le début du 20^e siècle... En voici les différentes étapes ...

Isabelle pose le transparent sur le rétroprojecteur et en retrace oralement les grandes lignes

Chronologie des mouvements sociaux/IVG

-trente ans de luttes néo-malthusiennes : fin du XIX^e-début du XX^e siècle

Les néo-malthusiens revendiquent le droit des femmes à la **libre maternité** et font connaître les moyens anti-conceptionnels : en 1889, Paul Robin installe à Paris un centre d'information et de vente de préservatifs et pessaires.

Madeleine Pelletier, médecin, prône le recours à l'avortement qui, selon elle, doit être légalisé et pratiqué dans les meilleures conditions possibles.

-émergence du Birth Control : 1930-1939

Il revendique une maternité et une sexualité conscientes et responsables.

Jean Dalsace, médecin, ouvre le premier dispensaire de B.C à Suresnes , il fournit diaphragmes, capes cervicales et crèmes spermicides (qu'il se procure clandestinement en Angleterre).

-la France de l'après-guerre

La constitution de 1946 proclame l'égalité des sexes dans tous les domaines , le droit de vote a été accordée aux femmes deux années plus tôt.

En 1949 sort « Le deuxième sexe » de Simone de Beauvoir. Admiré ou détesté, cet ouvrage fait scandale. Il est à la fois une analyse et un procès : analyse de la condition féminine « on ne naît pas femme, on le devient » et procès du patriarcat. L'auteure fait une place importante aux drames des maternités subies et de l'avortement clandestin.

-le silence rompu : 1953-1960

Les articles de Jacques Derogy dans Libération en 1955, paraissant sous le titre « Les femmes sont-elles coupables ? », et son livre de 1956 « Des enfants malgré nous » posent enfin, dans toutes ses dimensions, le problème de l'avortement clandestin et lancent le débat dans la presse et l'opinion publique.

En 1956, Mme Lagroua Weill Hallé , gynécologue, fonde le « Mouvement pour la maternité heureuse » qui deviendra Mouvement Français pour le **Planning Familial** en 1960.

Il s'agit selon le rapport moral de la première assemblée générale :

- de lutter contre les avortements clandestins
- d'assurer l'équilibre psychologique des couples
- d'améliorer la santé des mères et des enfants

-les années 1970

Le principe de la contraception étant admis en 1967 (loi Neuwirth), un autre combat commence, celui en faveur de l'IVG .. L'Association Nationale pour l'étude de l'avortement (ANEA), le Mouvement de Libération des Femmes (MLF), l'Institut de Formation et de Recherche pour l'Education Sexuelle(IFRES), le Mouvement Choisir, et différents partis politiques s'engagent et militent pour la légalisation de l'IVG .

Isabelle : C'est à partir de 1950 que les choses s'accélèrent : le débat est porté sur la place publique . A partir de 1960 , le Planning familial s'engage sur le terrain. Quand la loi Neuwirth est votée en 1967 , cela fait deux ans que 42 centres MFPPF et 37 permanences offrent la possibilité d'une protection contraceptive par pilule ou stérilet...de façon tout à fait illégale ! **Les femmes françaises peuvent enfin faire l'amour sans craindre les lendemains.**

Quand la loi autorise l'avortement, cela fait deux ans que le Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception(MLAC) qui regroupe une douzaine de mouvements et partis (dont le MFPPF, le MLF, le Mouvement Choisir etc..) en pratique quotidiennement et illégalement à la sonde Karmann.

PAUSE

Isabelle : Nous pouvons nous arrêter un instant sur le procès de Bobigny ...

Stéphane : Le procès de Bobigny c'est celui de Marie-Claire, 16 ans et de sa mère, jugées pour un avortement clandestin...

Isabelle : Nous sommes en 1972 , c'est Gisèle Halimi qui assure leur défense, elle dresse un acte d'accusation contre la loi de 1920 « *désobéir à une loi injuste , c'est faire avancer la démocratie* » et dira , au cours de la plaidorie « Regardez-vous messieurs. Et regardez-nous. Quatre femmes comparaissent devant des hommes. Pour parler de quoi ? D'utérus, de grossesses, d'avortements. Ne croyez-vous pas que l'injustice fondamentale soit là ? »

Un livre « Avortement : une loi en procès, l'affaire de Bobigny » retranscrit tous les débats, il est intéressant , c'est bien de valeurs culturelles, sociales, médicales dont il s'agit. Un téléfilm a été fait récemment sur le sujet...

Nous pouvons aussi vous recommander le livre de Xavière Gautier « *Paroles d'avortées. Quand l'avortement était clandestin* », il permet de comprendre qu'il y a eu un avant et un après la loi Veil...N'oublions pas que, dans certains pays du monde, des femmes souffrent et meurent encore d'avortements clandestins.

PAUSE

Stéphane : la loi autorisant l'IVG a été votée il y a 30ans...mais son application pose encore problème... Cela montre que ce n'est pas si facile de prendre du recul par rapport aux principes religieux, moraux...d'où , sur le terrain , des attitudes hostiles ou restrictives...Interfère aussi l'acceptation ou non de l'émancipation féminine..

PAUSE

Stéphane : voyons maintenant les valeurs des pairs...

Isabelle : voici un transparent résumant la position des médecins/IVG, et des copies.

Isabelle , oralement, en retrace les grandes lignes

Les médecins /IVG

Pour mémoire , dans la version initiale du serment d'Hippocrate, est écrit
« je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif »...

Pendant toutes les luttes précédemment décrites, le corps médical se positionne , par l'intermédiaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, contre la contraception et bien sûr contre l'avortement :

-après la loi de 1942, celui-ci encourage les médecins à la délation des avortées et des avorteuses.

-en 1962, il souligne , dans un communiqué, que « le médecin n'a aucun rôle à jouer ni aucune responsabilité à assurer dans les moyens anti-conceptionnels, dans les conseils au public, ou les démonstrations relatives à ces moyens ».

- en 1965, il réaffirme « la contraception est un problème essentiellement non médical »

-en 1967 (le débat est porté sur la place publique) il dit « se préoccuper du problème de la contraception, le médecin n'a pas à s'en désintéresser s'il veut favoriser la pleine santé et l'épanouissement des familles dont il est médicalement responsable ».

-en 1972, il attribue au professeur Milliez, médecin et catholique fervent, un blâme pour avoir affirmé, lors du procès de Bobigny ,que dans une telle situation, « il n'y avait pas d'autre issue honnête . Je ne vois pas pourquoi nous, catholiques, imposerions notre morale à l'ensemble des Français »... Quelques mois plus tard, ces propos lui vaudront de ne pas être admis à l'Académie de médecine.

-en 1973 , paraît le manifeste des « 331 », médecins qui signent « nous pratiquons des avortements, inculpez-nous si vous l'osez ».

Peu de temps après, 201 médecins de l'Association Nationale pour l'Etude de l'Avortement (association née en 1969 d'une scission au sein du MFPPF) attestent « nous avons fait des avortements, voici pourquoi ».

-après le vote de la loi Veil, de nombreux chefs de service de gynécologie , faisant jouer la clause de conscience, « au nom du respect de la vie », refusent d'organiser des IVG dans leurs services

- en 1979, il est impossible d'avorter dans 16 départements. Le Conseil de l'Ordre reste silencieux devant ce non respect de la loi... comme il reste silencieux sur les nombreux actes d'entrave à l'IVG... qui ne disparaîtront réellement qu'avec la loi Neiertz de 1993 et surtout la loi de 2001(l'IVG passe du Code Pénal au code de la Santé Publique).

-Sur le terrain, cette question divise les médecins ; nous avons déjà vu que certains s'étaient engagés dans les mouvements sociaux qui avaient participé à la légalisation de l'avortement.

M. Ferrand dans son livre « les médecins face à l'avortement » (1988) rapporte que « ce sont les généralistes qui sont le plus favorables à la libéralisation de l'avortement. De tous les spécialistes, les psychiatres sont les plus ouverts à cette question, et c'est chez les gynécologues et obstétriciens que l'on trouve les attitudes les plus contrastées. Quels que soient leur âge et leur spécialité, les femmes médecins se montrent les plus favorables à la libéralisation que les hommes médecins ».

Stéphane Il me semble que pour pas mal de médecins, l'avortement reste un acte grave, potentiellement dangereux, le geste est difficile dans sa symbolique...d'où une attitude rétive face à l'IVG...

Isabelle : peut-être...d'autant plus que se développent les nouvelles techniques de Procréation Médicale Assistée.

PAUSE

Stéphane : nous avons discuté des valeurs culturelles, de celles des pairs... Si on en venait aux valeurs familiales...

Isabelle : en préambule une grande partie des étudiants en médecine est issue d'une famille où l'un des parents est médecin...

Quoiqu'il en soit, ces valeurs familiales/IVG seront fonction de plusieurs paramètres : quelle est la place de la religion ? Comment considère-t-on l'émancipation féminine ? Parle-t-on de sexualité, de plaisir ?

En fait , la question est de savoir comment la famille se positionne par rapport aux valeurs culturelles, sociales ? Est-elle plutôt normative ? ou ouvre-t-elle le débat ... ? Comment communique-t-elle sur les sujets « de la vie » ? Que veut dire éducation pour les parents ? Réussite scolaire, adaptation ou accompagnement vers l'autonomie de pensée, de décision, de choix ?

Stéphane : en fait, nous pourrions nous resservir du schéma de Becker...

Isabelle : tu as raison, je le remets sur le vidéoprojecteur.

Si les parents ont une *attitude chaleureuse et permissive*, (*montrer du doigt*) ils vont accompagner leurs enfants , leurs adolescents vers une autonomie de pensée, de réflexion, de choix de décision et de respect des autres dans leurs différences ... Avec les autres attitudes éducatives, vont être véhiculés des modèles de normalité, de moralité, des interdits....etc ..et ce sera la famille « perroquet du sens commun » , comme dirait Réjean TREMBLAY... qui transmettra sur le sujet de l'IVG des attitudes de restrictivité voire d'hostilité ... bien que la loi soit permissive !

PAUSE

Stéphane : nous avons vu les valeurs culturelles, celles des pairs, de la famille, comment le soignant les aura-t-il intégrées, digérées ?

Nous pouvons aussi souligner que la femme qui fait la demande d'IVG est aussi assujettie à ces valeurs , il y aura confrontation , plus ou moins directe, entre ces valeurs et son choix, d'où fréquemment le sentiment de culpabilité...

Isabelle : C'est juste , et dans ce cas des attitudes restrictives ou hostiles du médecin viendront renforcer ces sentiments ...

Mais il y a aussi des femmes qui , anticipant une attitude restrictive du médecin qui les recevra , vont adopter, pour se protéger, un discours stéréotypé exprimant des raisons, des circonstances, concordant avec les représentations et modèles sociaux en vigueur...

Seule l'attitude chaleureuse et permissive permettra de faire tomber les stéréotypes et créera un climat rendant un authentique échange possible.

PAUSE

Stéphane : il nous reste à voir les facteurs physiologiques et psychologiques de l'IVG .
Qu'apprend-on à l'Université sur ce sujet ? Sommes-nous préparés à ces consultations spécifiques ?

Isabelle : Les objectifs de formation, dans le domaine de l'IVG, décrits dans le programme officiel des études de médecine (cf Maud Gelly p31) sont :

- préciser les modalités réglementaires
 - argumenter les principes des techniques proposées
 - préciser les complications et répercussions de l'IVG. (bulletin officiel 2001)
- Rien sur la problématique de l'IVG , rien sur la sexualité....

Stéphane : En fait, notre formation met l'accent sur les complications, sur les complications physiques

Isabelle : en fait celles-ci correspondent à 0,7% des IVG pour les complications immédiates (déchirure cervicale, perforation utérine, hémorragie, rétention), en général sans gravité et à l'absence de complications tardives (infertilité, grossesse extra-utérine, fausses couches) (ANAES-2001 :p55-61).

Quant aux répercussions psychologiques, est entretenue la conviction du caractère psychologiquement traumatisant de l'avortement : risques de dépression, de troubles de la personnalité, difficultés de couple.

Pourtant , aucun critère psychiatrique scientifique n'étaye l'existence d'un quelconque syndrome traumatique post-abortif (Stotland 1992).

Stéphane : J'ai entendu parler d'études aux Etats-Unis qui mettaient en avant le risque dépressif...

Isabelle : C'est exact. J'ai envie de rappeler le contexte : là-bas, les droits à l'IVG sont menacés. Dans certains états, les médecins qui pratiquent des IVG risquent leur vie.

Il y eut effectivement en 2002 une étude alarmiste publiée dans le British Medical Journal , elle concluait que *parmi les femmes ayant une grossesse non désirée celles qui recouraient à une IVG avaient plus de risque de dépression que celles qui menaient leur grossesse à son terme*. Les auteurs recommandaient donc que ce soit mentionné explicitement dans les formulaires de consentement éclairé des jeunes femmes choisissant l'IVG.

mais :

A partir des mêmes données 2 psychologues américaines parviennent à des résultats tout à fait opposés ! (il y aurait de grosses erreurs méthodologiques dans la précédente étude)

L'IVG n'est pas un facteur de risque de dépression en soi , les derniers auteurs insistent sur le fait que si combat il doit y avoir ce n'est pas contre l'IVG mais contre la survenue de grossesses non désirées c'est- à -dire promouvoir la contraception.

enfin

Certaines études mettent en évidence le soulagement des femmes après l'IVG (Grimes et coll.2004) ; elles sont passées sous silence.

PAUSE

Stéphane : les femmes sont angoissées avant l'avortement...

Isabelle : Oui...Elles sont d'autant plus angoissées que les délais entre la prise de décision et l'IVG sont longs.

Ce sont souvent des contradictions fortes et culpabilisantes entre un cadre hostile à l'avortement et son recours qui sont traumatisantes (Adler et coll.1990) ainsi que *l'attitude des équipes accompagnant les femmes au moment de l'avortement (Debargue 1985)...*

PAUSE

Stéphane : il nous reste à voir les facteurs environnants...

Isabelle :

Ce sont les aléas de la vie quotidienne je dirai : problèmes de temps, de disponibilité , de forme, difficultés personnelles, familiales.... C'est transitoire .

Il y a aussi les questions organisationnelles : consultations surchargées, télescopage entre les activités de consultations et de visites chez les généralistes, les activités de consultations et de bloc à l'hôpital, l'effectif du personnel. Ça peut s'améliorer...

Je pense aussi au contexte, c'est plus facile d'avoir *une attitude chaleureuse et permissive* lorsqu'il y a un environnement favorable à l'IVG, une synergie d'équipe, une motivation des différentes structures qui travaillent en partenariat ...

PAUSE

Isabelle : Il y avait beaucoup à dire sur les facteurs pouvant contribuer à nos attitudes, c'était important de les décortiquer, comment nous situons-nous ?...

Stéphane : Où en sommes-nous par rapport à toutes ces influences bio-psycho-sociales, morales, religieuses ?...

En conclusion, dans les consultations d'IVG, voire de contraception, il se joue beaucoup de choses : la sexualité avec la complexité du désir, la sexualité avec la normalité procréative, la sexualité avec les rapports homme-femme dans une société encore empreinte de domination masculine, la sexualité avec un droit pour les femmes à gérer leur fécondité, une difficulté à le faire quelquefois en pratique...

Les relations médecin-femme(couple) sont à réinterroger sous cet angle...

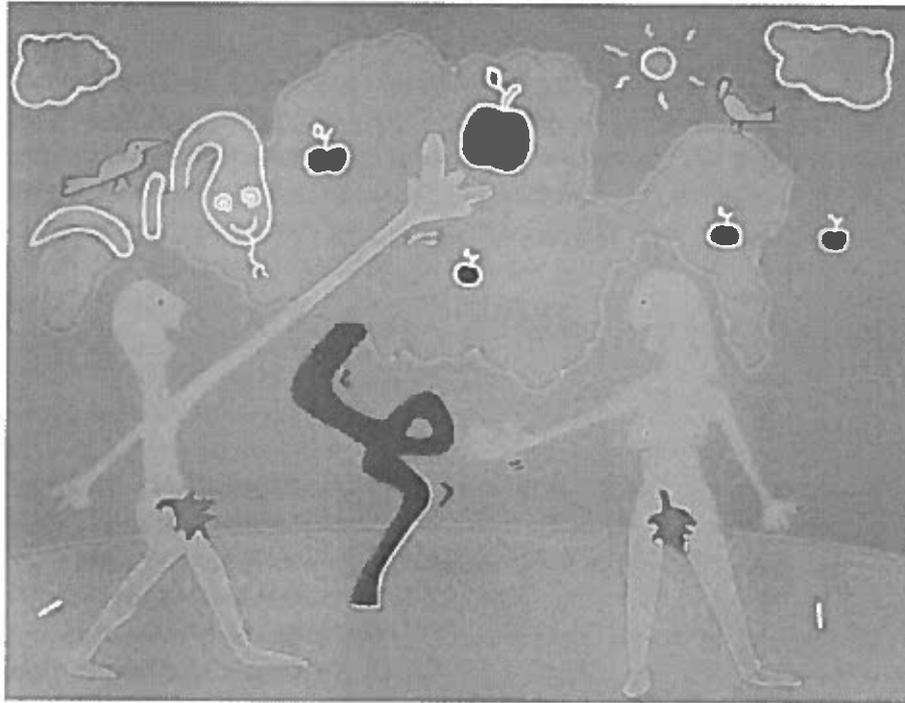
Sommes-nous plutôt chaleureux ou hostiles, permissifs ou restrictifs sur l'IVG ?

La prochaine fois nous regarderons un film qui illustre notre sujet...Je vous rappelle que la séance durera 2H...

Merci de remplir la fiche d'évaluation de la séance(cf annexel).

Bonne semaine.

Isabelle: AU REVOIR !



Oeuvre de l'artiste Zéro Zoo.

Adam et Eve : le péché originel – dans la civilisation judéo-chrétienne

Coupable d'avoir introduit le désir et le sexe dans l'ordre ascétique d'un dieu sans déesse, Eve fut condamnée. Yahvé lui dit : « Je multiplierai ta peine et tes grossesses, c'est dans la peine que tu enfanteras des fils ; vers ton mari se portera ton désir et lui dominera sur toi »(Genèse 3 :20)

Femmes de Carol Prunhuber et Sabrina Mervin

Collection les grands mythes féminins à travers le monde

SEQUENCE N°4

DISCUSSION EN GRANDS GROUPES SUR DOCUMENTS AUDIO-VISUELS

a-Préparation de la séance

Objectifs :

- réaliser l'ampleur du tabou social sur la sexualité, sur l'IVG avant sa légalisation.
- analyser les attitudes des différents témoins de cette histoire singulière et rendre compte de la nocivité des attitudes hostiles et restrictives.
- engager la discussion sur le processus de normalisation

Qui fait quoi ?

Isabelle dirige.

Stéphane anime

Les outils pédagogiques

-le film : Histoire d'un secret

Réalisatrice: MARIANA OTERO



2003 - DV Cam - Couleur - France - VOFSTA - 90'

Image : Hélène Louvart - Son : Patrick Genet - Montage : Nelly Quettier

Production : Archipel 33, INA, France 5

Distribution : Doc & Co

« Quand j'ai eu quatre ans et demi, ma mère a disparu. Notre famille nous a dit, à ma sœur comme à moi, qu'elle était partie pour travailler à Paris. Un an et demi plus tard, notre grand-mère nous apprenait la vérité : elle était morte d'une opération de l'appendicite. Par la suite, durant notre enfance et notre jeunesse, notre père ne nous parla pas de notre mère, sauf pour nous répéter qu'elle avait été une peintre et une femme extraordinaire. Il avait enfermé ses tableaux dans un placard et rangé les photos dans un tiroir qu'il nous était interdit d'ouvrir. Il y a 7 ans, notre père se décida enfin à nous parler de notre mère. Ce fut pour nous révéler les circonstances réelles de son décès. En rompant ce tabou, il nous rendait notre mère. »

Mariana Otero

Née en décembre 1963, Mariana Otero est la fille des peintres Clotilde Vautier et Antonio Otero. Elle réalise des documentaires de moyen-métrage depuis 1987 pour lesquels elle a reçu de nombreux prix. On retient notamment le prix du "meilleur film documentaire" des 5èmes Rencontres du Cinéma Documentaire de Lisbonne, obtenu en 1994 pour **La Loi du collège**.

Clothilde Vautier

Issue de l'école des Beaux-arts de Rennes, Clothilde Vautier obtient son diplôme national de peinture à Paris en 1962. Très tôt elle crée à Rennes avec son futur mari, Antonio Otero, et le frère de celui-ci, le groupe de "l'Atelier des trois" au sein duquel elle expose régulièrement dès 1963. En 1966, elle obtient le "Grand prix du Nu" au Salon International de Deauville et l'année suivante, le "Grand Prix du Portrait" au Salon International de Doué-la-Fontaine. Au même moment, la Galerie Bernheim-Jeune de Paris lui prend pour une exposition près de 200 œuvres de tout type. **En 1968, alors qu'a lieu à Rennes "sa dernière" exposition personnelle, elle meurt brutalement, interrompant ainsi une carrière prometteuse.**

- interview de Mariana Otero : **Propos recueillis à Paris par Charlotte Garson, octobre 2003**

- le cadre théorique : les perceptions de la normalité -R. Tremblay 1993 « Couple, sexualité et société »p29- serviront de support au débat

Les autres piles de données

Mort de la famille David Cooper collPoints 1972

Secrets de famille Serge Tisseron collMarabout 1996

Qui clôture

Le metteur en scène prendra en charge la conclusion et invitera les étudiants à remplir le questionnaire d'évaluation de la séance où ils pourront s'exprimer de manière anonyme.

-b-la séance proprement dite

Isabelle : Bonjour

Stéphane :Bonjour,

Isabelle : nous nous retrouvons réunis pour une 4^o séance sur le thème de la relation médecin-femme(couple) lors d'une demande d'IVG. Vous nous avez fait part au travers des fiches d'appréciation de la précédente séance de plusieurs remarques : plusieurs portent sur la position de l'Ordre des Médecins, au moment des luttes pour la contraception et l'IVG . Ce corps professionnel se positionne autrement aujourd'hui...

Certains pensent que l'avortement est un droit définitivement acquis, d'autres non , d'ailleurs l'un de vous a rapporté avoir lu dans « Le journal de la médecine libérale et hospitalière » de décembre2006-Janvier 2007 des déclarations de Mr Le PEN sur l'avortement : s'il arrivait au pouvoir « il appliquerait pendant 3 ou 4 ans des mesures incitatives (« salaire parental » ; « adoption pré-natale ») » pour faire baisser le nombre d'IVG. « Ensuite » il consulterait le pays « par voie de référendum » sur une éventuelle suppression de la loi Veil.

Une personne souligne que les principes moraux , religieux condamnant « la sexualité-plaisir » a non seulement assujetti les femmes à leur devoir reproducteur mais réprimé toutes celles et tous ceux qui choisissaient de vivre des relations homosexuelles.

C'est exact ! L'homosexualité, alors qu'elle était tolérée voire encouragée dans les civilisations grecque et latine, devient « contre-nature », impure avec l'apparition des religions monothéistes ; les homosexuels seront pourchassés jusqu'au 20^esiècle...

Stéphane : j'ai lu dans « Ouest-France »(17/5 /07) que « bravant une mise en garde de la Commission Européenne , le ministre polonais de l'Education a annoncé un amendement à une loi sur l'éducation afin d'interdire toute information sur l'homosexualité à l'école ».

Isabelle : la Pologne et l'Irlande restent les 2 pays européens où l'IVG n'est pas possible...

Dernier commentaire de vos fiches : beaucoup d'entre vous désirent disposer de références bibliographiques; nous vous les communiquerons en fin de séance.

Nous allons visionner le film « *Histoire d'un secret* », qui dure 1H30, nous aurons donc une petite demi-heure pour débattre...

Isabelle s'occupe de mettre le DVD et fermer les rideaux

Stéphane : Nous avons choisi ce film, ce documentaire, parce qu'il présente un double intérêt : il traite de deux tabous sociétaux : la mort , la sexualité -en fait l'avortement. Ces deux sujets nous interrogent en tant qu'individu, et, en tant que médecin (ou futur médecin), dans notre pratique quotidienne.

Quelques mots sur l'histoire :

Mariana Otero, la réalisatrice, a 4 ans, sa sœur 5 ans et demi quand sa mère, Clothilde Vautier, peintre reconnue, part à Paris pour une exposition ; elle apprendra, comprendra 18 mois plus tard qu'elle est morte ... Les causes véritables de sa mort ne lui seront données que 30 ans plus tard. En fait Mariana Otero nous parle de « l'histoire » de son Histoire qu'elle va reconstruire petit à petit en plaçant la caméra devant tous ceux qui ont côtoyé sa mère ; des fragments de vérité sont recueillis et constituent les pièces d'un puzzle ...sans notice.

Nous avons choisi de vous montrer le film dans son entier, tout est intéressant , la quête de cette jeune femme vis à vis de son passé –la mort de sa mère, les réponses qu'elle trouvera dans les témoignages, des encouragements, des doutes, du trouble, de la gêne, de la retenue, de l'agressivité...il y est question d'individus, de familles, d'un certain ordre social...

Découvrons ce film.



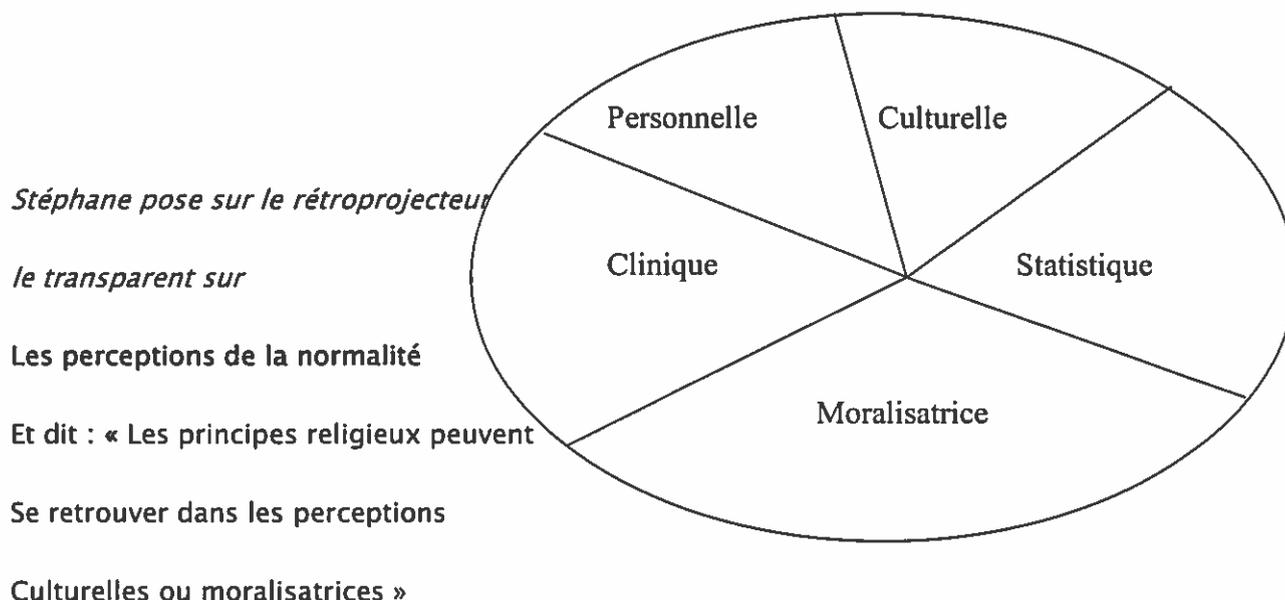
FIN

Isabelle : Pendant que nous ouvrons les rideaux , libre à nous de savourer encore quelques instants ces magnifiques dernières images sur l'exposition des tableaux de Clothilde, dans une ambiance musicale douce... qui apaise ...et lève le poids du secret...

PAUSE

Isabelle : place au débat...

Stéphane : certains passages du film font directement référence aux notions théoriques que nous avons abordées lors des séances précédentes ...Nous vous proposons de les intégrer dans une réflexion plus large sur le processus de normalisation.



Echanges, commentaires des étudiants

Les attitudes des différents témoins de l'histoire sont discutées, leur positionnement vis à vis de ce secret- la mort brutale et prématurée de Clothilde d'une appendicite, en fait d'un avortement clandestin, leur coopération ou leurs résistances...

Une question est récurrente en filigrane à tous les commentaires :

Pourquoi le père a-t-il gardé ce secret si longtemps ?

Stéphane .Nous avons lu une interview de Mariana Otero .elle dit que son père se situait dans « on n'en parle pas, mais c'est normal », (*Stéphane pointe sur le schéma « perception culturelle et moralisateur»*) , c'est devenu un secret par « omission partagée » ; elle avait également très peur que son père refuse qu'elle fasse ce film, personne n'était vraiment au courant dans la famille, même si certains pouvaient s'en douter ...A son grand étonnement son père a accepté de suite ...

Isabelle : il y a ce secret dans cette famille : « on ne sait pas, on ne sait plus bien, on ne se rappelle pas »...Beaucoup de familles ont des secrets qui peuvent se transmettre à travers les générations. Serge Tisseron les aborde dans un livre intitulé « Secrets de famille » et montre comment ils peuvent être délétères « Combien de parents dont l'enfant va mal seraient très

étonnés d'apprendre que son comportement peut être lié à un secret, caché deux générations auparavant pour ne pas « inquiéter » inutilement les descendants ».

PAUSE

Stéphane ici le secret de famille relève du tabou social qui est représenté principalement, dans ce film, par le gynécologue que Clothilde avait consulté à l'époque « *je laisserais bien un voile se répandre là-dessus* ». Visiblement il ne veut pas parler.

Dans cet interview, que nous avons mentionné plus haut, Mariana Otero raconte avoir rencontré plusieurs vieux médecins, qui avaient 30,40 ans à l'époque des faits, qui sont dans le déni de l'avortement clandestin et qui lui ont fait ce genre de réponses « Non, à part votre mère, ici –Rennes- c'est une petite ville tranquille, il n'y a pas eu de morts... ». « Un seul médecin ... m'a confirmé avoir vu plusieurs cas mortels... ». Elle conclut : « ce qui est terrible ce n'est pas l'acte, mais la clandestinité de l'acte.. »

PAUSE

Isabelle : Nous avons vu lors de la séance précédente l'ampleur des mouvements sociaux qui avait précédé la légalisation de l'avortement, j'ai du mal à imaginer qu'en 1968 les médecins aient pu ignorer cette réalité sociale des avortements clandestins et les nombreuses morts maternelles...

Stéphane : J'ai discuté l'autre fois avec la mère d'une amie, elle a 78 ans, elle était médecin, d'abord à l'hôpital dans les années 55-60, puis à la campagne... Elle m'a raconté, émue, l'arrivée en urgences, alors qu'elle était de garde, d'une jeune femme - septicémie à *Perfringens*, complication d'un avortement clandestin- balayée en 24H ; ce décès l'a déterminée à aider ensuite plusieurs femmes à partir pour l'Angleterre, où la loi fut plus vite permissive.

Isabelle : le gynécologue interrogé dans le film, a, il me semble, une attitude doublement *hostile* ; non seulement nous pouvons imaginer qu'il n'a pas aidé Clothilde mais encore, en face de sa fille, qui cherche la vérité 30 ans plus tard, il est dans l'évitement, la fuite. Pourquoi se comporte-t-il ainsi? Pourquoi refuse-t-il l'échange ?

PAUSE

Stéphane : certains médecins peuvent être porteurs de la morale dominante- l'avortement est connoté négativement, c'est la maternité qui est à l'honneur- et se poser en tant que garant de l'ordre social établi (*Stéphane pointe le transparent*)... d'autres, au contraire, confrontés aux réalités de terrain, à la souffrance, à la précarité, à la détresse, refuseront de se laisser enfermés dans l'arbitraire (la morale, la culture), la subjectivité clinique « ce qui est normal, ce qui est anormal » ...

Isabelle cela me fait penser au courant anti-psychiatrique, initié par Laing et Cooper, dans les années 1970 : il propose d'étudier les systèmes que représentent la famille et les autres institutions sociales: école, usine, armée, hôpital, parti ; ces structures secrètent la « normalité » et les bases du conformisme, elles étouffent la vérité de l'individu et

perpétueraient un état dont on ne s'échappe que par la folie et la révolte –les deux manières d'être ou de se vouloir ingouverné et ingouvernable, d'après ces 2 médecins...

Stéphane : Il y a à méditer...

PAUSE

Isabelle : l'heure tourne, nous arrivons à la fin de cette séance. Nous avons vécu un retour en arrière , au temps de l'avortement clandestin... Nous sommes bel et bien en 2007 , l'avortement est possible dans de bonnes conditions techniques .. mais la reconnaissance concrète de cette liberté reste fragile...

Benoîte Groult écrivait dans « Ainsi soit-elle » ... « C'est pourquoi à toutes celles qui vivent dans l'illusion que l'égalité est acquise et que l'histoire ne revient pas en arrière, je voudrais dire que rien n'est plus précaire que les droits des femmes. Si elles ne défendent pas elles-mêmes les droits conquis par leurs mères, personne ne le fera pour elles. Et un droit qu'on n'exerce pas est un droit qui meurt. Une liberté dont on oublie le prix est une liberté en péril ».

PAUSE

Stéphane :pour en revenir aux médecins, la majorité d'entre eux considère aujourd'hui que la légalisation de l'avortement est une nécessité , même si beaucoup d'entre eux reste hostile à son élargissement et surtout que la très grande majorité des spécialistes-gynéco-obstétriciens considère cet acte sans intérêt sur le plan professionnel, « inintéressant, répétitif , fastidieux, démoralisant... »(ANCIC Paul Cesbron 2001). PAUSE

Isabelle Stéphane va vous faire passer les fiches d'évaluation et le document des références bibliographiques. Pour ce qui est de la filmographie, nous avons connaissance des films suivants :

- *on est quand même des magiciennes*-France BONNET-23mn-2000. Le film est une recherche du sens de l'IVG à travers des expériences de femmes et d'hommes
- *VERA DRAKE* –Mike Leigh-2004 film primé à Venise en 2004.Le film se passe dans les années 50 en Angleterre , bien avant la libéralisation de l'avortement 1967
« Vera est « une faiseuse d'ange », elle fait partie de ces femmes en avance sur leur temps, luttant contre la société bourgeoise qui stigmatise par ses idées l'illégalité et favorise l'obscurantisme...Ce chef d'œuvre est plus qu'un film militant pour le respect et le droit des femmes souvent remis en cause et bafoué à notre époque ... »

PAUSE

Isabelle : la semaine prochaine , la séance portera sur des jeux de rôles, nous vous invitons à réfléchir à des scénari de demandes d'IVG : nous vous incitons à prendre des exemples à partir d' entretiens auxquels vous avez assisté, nous vous proposons de préférer ceux qui ont posé question, ceux pour lesquels vous avez ressenti un sentiment d'insatisfaction ...Nous en choisirons 2 ou 3 et nous vous demanderons de « jouer » ces situations devant le groupe...

Stéphane et Isabelle

AU REVOIR !



Sakountala Camille Claudel 1888

Retrouvailles de Sakountala et de son mari au Nirvahna
(groupe inspiré d'un drame hindou)

Œuvre faite d'abord en plâtre 1888
puis en marbre en 1905 « Vertumne et Pomone »

5-SEQUENCE N°5

JEUX DE ROLES

a-Préparation de la séance

Objectifs :

- permettre une réflexion sur l'entretien d'aide en expérimentant les attitudes favorisant ou bloquant la communication
- affiner la réflexion en proposant la fiche : les « 12 obstacles à la communication », ce sont des réactions du médecin qui peuvent mettre la patiente en difficulté, la bloquer ; ces obstacles à la communication vont empêcher l'authentique échange

Qui fait quoi ?

Isabelle dirige.

Stéphane anime.

Les outils pédagogiques

-Les jeux de rôles sont des outils méthodologiques ; ils permettent de se mettre en situation , dans le cas présent, de simuler dans le cadre d'une consultation les attitudes précédemment décrites de Becker . Les exemples sont issus de consultations auxquels les étudiants ont assisté.

Il y aura une femme ,un médecin (homme ou femme) ; le conjoint ne pourra être représenté , dans la mesure où nous nous attachons, pour plus de simplicité, à la relation duelle soignant-patiente.

Ce jeu de rôle a pour objet de rendre compte des modes de communication du médecin , des effets éventuellement destructeurs de ses attitudes ou de ses propos.

Libre à chacun de choisir son rôle.

Pendant le déroulement du jeu de rôle, les autres étudiants, placés en demi-cercle seront observateurs ; ils auront un formulaire de feed-back à renseigner.

Chaque situation sera jouée par 2 binômes différents.

Plusieurs scénari pourront être interprétés.

A l'issue du jeu de rôle chaque acteur sera invité à s'exprimer sur le vécu de cette scénette , puis nous échangerons sur les remarques des observateurs (feed-back).

-les cadres explicatifs : +le schéma de Becker

+la fiche « les 12 risques dans la communication » Dr T.Gordon .

+le formulaire de feed-back pour les observateurs : il permet d'évaluer l'attitude du soignant durant l'exercice , il comprend 2 parties :

Partie n°1

Evaluer l'efficacité du « médecin »

	très efficace	efficace	peu efficace
ATTENTION Contact visuel direct..... Attitude ouverte, légèrement penchée en avant.... Intonations , expressions faciales...			
ECOUTE Silence intéressé..... Signes d'acceptation ,de compréhension(mots, sons)..... Réponses d'encouragement, invitation à la parole.....			
Dialogue.....			

Partie n°2

Inscrivez une croix chaque fois que le médecin utilise un barrage de communication

Ordonner

Menacer

Faire la morale

Persuader à l'aide de la logique

Conseiller

Juger

Flatter

Humilier

Interpréter

Rassurer

Questionner

Eluder

Les piles de données

« La relation d'aide et la psychothérapie » Carl Rogers 1971

« Mieux communiquer avec ses patients » Dr Thomas Gordon

« Relation d'aide et formation à l'entretien » Jacques Salomé

R. Tremblay

Qui clôture

Le metteur en scène prendra en charge la conclusion et invitera les étudiants à remplir le questionnaire d'évaluation de la séance où ils pourront s'exprimer de manière anonyme.

-b-la séance proprement dite

Isabelle : Bonjour

Stéphane: Bonjour

Isabelle : Nous nous retrouvons pour cette 5^o séance sur la demande d'IVG. Comme nous l'avons expliqué la semaine dernière, nous vous proposons des jeux de rôles.

Pendant que Stéphane recueille vos exemples de scénari, voici comment nous allons procéder : nous tirerons au hasard 1 situation, nous la lirons, elle sera jouée par 2 binômes successifs : 2 minutes de préparation, 2 minutes de jeux pour chaque duo. Libre à chacun de choisir son rôle , et dans le groupe (un participant peut également se proposer)- son(ses) associé-e(s) . Ensuite, un temps d'échanges et autre scénario .. et ainsi de suite.

En fait , tout le monde jouera.

Nous rappelons les objectifs de ce « face à face » :

-permettre de nous interroger sur nos attitudes qui traduisent notre capacité à communiquer , à entrer en relation avec l'autre, cette personne qui a une demande d'IVG ...qui peut être claire, ambivalente, floue..

-permettre de comprendre que nos attitudes vont entraîner chez l'autre une façon d'être, de s'exprimer, de se taire...

Stéphane : avant de commencer les jeux de rôles, voici une fiche(cf annexeII) où sont répertoriés « les 12 obstacles à la communication », Isabelle distribue des copies, c'est un outil qui nous permettra de repérer à quels moments les acteurs-médecins basculent dans un entretien directif, jugeant, subjectif, défensif voire agressif ; en fait font irruption entre autres les valeurs de normalisation vues la dernière fois et le manque de « technique » devient flagrant dans la pratique de cet entretien singulier qu'est la demande d'IVG.

Stéphane énumère les 12 obstacles à la communication en illustrant d'exemples.

PAUSE

Stéphane : je vous fais passer aussi une fiche pour que les « observateurs » puissent avoir un fil conducteur afin d'évaluer le comportement du médecin...Plusieurs items sont répertoriés (*Stéphane les lit*), vous les appréciez en terme d'efficacité.

PAUSE

Stéphane : après chaque mise en situation chaque acteur sera amené à évoquer son ressenti et les observateurs à faire part de leurs commentaires...Nous ne manquerons pas, lorsque cela sera possible, de faire référence aux données théoriques abordées au cours des précédentes séances, nous encourageons les échanges et les différentes confrontations sur chaque situation.. .

Isabelle : je tire au hasard 1 papier

Stéphane : voici le scénario , il nous faut donc 4 personnes volontaires, vous pouvez choisir votre rôle et votre associé-e...

*JEUX DE RÔLES
ECHA NGES*

Pendant les échanges Isabelle et Stéphane recentrent, si besoin est, la discussion .

*JEUX DE ROLES
ECHANGES
.... Etc....*

Isabelle : tout le monde a fait l'exercice.

Stéphane pose sur le vidéo-projecteur le schéma de Becker

Stéphane : nous avons vu combien *l'attitude hostile(à pointer)* bloquait toute possibilité de dialogue et fermait les portes de la réflexion.

Nous avons approché en situation réelle ce que sous-entend chaleur, *l'attitude chaleureuse (à pointer)* apporte un sentiment de sécurité, de confiance qui va permettre à la femme d'abandonner ses défenses , et par là-même de découvrir ses propres ressources...

L'attitude permissive(à pointer) est accueillante , elle montre à la femme que le médecin est disponible, sans préjugés ni a priori , sans critique, ni évaluation ni conseil , c'est une manière d'être et de faire, de savoir-être et de savoir-faire, qui est un encouragement continu à l'expression spontanée.

Cette attitude chaleureuse et permissive induit une dynamique relationnelle positive qui est aidante pour la femme...

Nous avons vu aussi combien il pouvait être difficile de maintenir *cette attitude chaleureuse et permissive*...nous avons vu nos limites ...

PAUSE

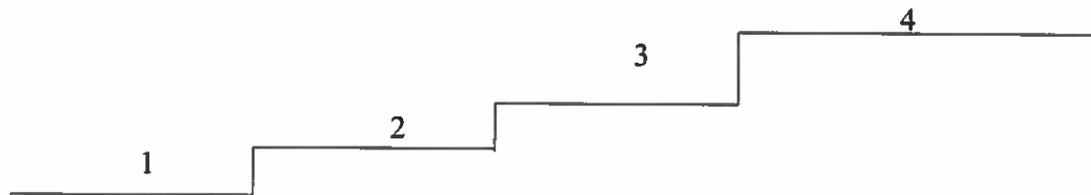
Isabelle : En fait en prendre conscience est le premier pas de l'apprentissage ...
Stéphane va nous présenter les 4 étapes d'apprentissage dans la communication de Gordon

Stéphane : c'est intéressant car il démontre que c'est un processus- qui dit processus dit temps- et décrit 4 étapes

Stéphane pose le transparent et explique les 4 étapes, Isabelle fait passer des copies

COMMUNIQUER EFFICACEMENT AVEC GORDON

Etapes d'apprentissage et d'intégration des procédés



1-l'inconscient démuni

« je ne connais pas les procédés pour mieux communiquer »
« je ne me rends pas compte que mes modes de communication-et ceux des autres- sont parfois nuisibles »

2-le conscient démuni

« je prends conscience de mes limites, de mes lacunes, de mon manque de formation »
« je découvre les effets destructeurs des obstacles à la communication »

3-le conscient outillé

« je me forme , j'utilise les outils mais c'est difficile, je ne me sens pas toujours à l'aise »

4- l'inconscient outillé

« j'ai intégré les procédés de communication et de pratique d'entretien d'aide ».

Isabelle : c'est très parlant ce graphique... en fait , après cette sensibilisation nous nous trouvons au stade 2, nous nous acheminons vers le 3 peut-être

PAUSE

Nous arrivons au terme de cette séance et Stéphane va vous faire passer les fiches d'évaluation ... que vous connaissez bien maintenant.

Isabelle : la semaine prochaine la séance portera sur le travail corporel , comment pouvons-nous investir notre corps pour améliorer la communication non verbale et donc notre communication globale ? Nous avons déjà abordé ce thème aujourd'hui, nous nous rendons compte que tout est intriqué...

Nous vous demandons de venir en tenue ample, jogging par exemple , histoire d'être à l'aise , de pouvoir bouger...

Isabelle et Stéphane : Bonne semaine

Au Revoir !



LA VALSE CAMILLE CLAUDEL 1892

Le point culminant de la liaison de Camille avec Rodin se situera en 1892, dans leur atelier commun hébergé dans le château délabré du XIII^{ème} siècle - appelé "la folie Payen" - situé boulevard d'Italie, à Paris. Camille sculptera cette année là deux danseurs nus que Dayot souhaitera voir revêtir d'une draperie. Elle acceptera de les couvrir et l'exposera ainsi au Salon de 1893. Le motif complexe de draperies qui entourait les jambes de la danseuse n'affectera pas la **puissante suggestion érotique** de l'oeuvre. Jules Renard remarquera alors : "Et ce groupe de la Valse où le couple semble vouloir se coucher et finir la danse par l'amour."

a-Préparation de la séance

Objectif :

- investir corporellement les attitudes possibles du médecin face à une femme consultant pour une demande d'IVG
- ressentir corporellement ce que veut dire être chaleureux et permissif, attitude qui rend l'échange possible...Ce n'est pas inné ! Pour y parvenir, il faut : améliorer la communication avec soi-même, être présent à soi, prendre conscience de ses limites, de ses peurs et améliorer la communication avec autrui : suis-je capable d'éprouver chaleur, attention, respect, intérêt pour l'autre ? comment me décentrer (sortir de moi) pour me centrer sur l'autre , l'écouter de façon bienveillante ?

Qui fait quoi ?

Isabelle dirige.

Stéphane anime .

Les outils pédagogiques

- proposition de 2 exercices : comment s'exprime la chaleur ? l'hostilité ? La jouer sera le thème du premier exercice...Le second exercice intégrera une écoute particulière de ses propres attitudes : « je me sens hostile , j'en prends conscience, comment je change mon attitude ? quel chemin puis-je prendre pour modifier mon attitude ? »

Les exercices seront précédés d'un training afin « d'habiter » notre être ; quelques minutes de relaxation clôtureront la séance.

-cadre théorique : le schéma de Becker

Les limites de cette séance

L'objectif est prétentieux ... Ce n'est probablement pas en une seule séance qu'il pourra être atteint ; nous souhaitons que cette séance permette à chacun de prendre conscience que « le corps parle » : la gestuelle (mains, pieds), les mimiques, les regards, les positions du corps sont autant de signaux, de codes qui vont favoriser ou bloquer la relation... C'est une sensibilisation à l'intérêt de ce travail, qui suscitera peut-être l'envie d'en faire plus...

Les autres piles de données

Nos connaissances sur les pratiques de théâtre, de massage, de relaxation.

Qui clôture

Le metteur en scène prendra en charge la conclusion qui sera précédée d'un échange avec les participants puisqu'il s'agit de la dernière rencontre du cycle.

-b-la séance proprement dite

Isabelle :Bonjour

Stéphane :Bonjour

Isabelle : La semaine dernière nous avons pratiqué des jeux de rôles, nous avons lu vos fiches d'évaluation : beaucoup ont apprécié cette mise en situation, certains ont eu des difficultés à se mettre en scène, d'autres se sont sentis mal à l'aise, jugés ; nous insistons sur le fait que ce n'était pas facile de « jouer », merci à vous, nous savons que ce n'est pas facile de se mettre « au pied du mur »... Il était question de reproduire des scénari , afin d'accéder à un questionnement sur nos attitudes, nos conduites professionnelles, voire à les remettre en cause, prise de conscience indispensable avant de travailler à les améliorer...Il nous semble important d'acquérir une capacité de réflexion et d'auto-critique ..

Nous proposons aujourd'hui 2 exercices de travail corporel sur les attitudes, à savoir comment les investir corporellement dans un premier temps, « comment jouer la chaleur ? comment s'exprime l'hostilité ? », dans un deuxième temps comment modifier une attitude reconnue comme hostile en une attitude chaleureuse.

Nous allons commencer par un training de 15 minutes pour sentir les différentes parties de notre corps, notre respiration -« superficielle » , « profonde »-, nos pulsations cardiaques , lentes, accélérées...Nous souhaitons que chacun développe une attention particulière à lui-même...et aux autres...

Stéphane : Mettons –nous en cercle, arrêtons-nous , enracinons-nous , pesons sur nos pieds qui sont le contact avec la terre.

PAUSE

Stéphane : En route pour le réveil corporel... Effectuons d'abord quelques mouvements de rotation

-de la cheville droite, le pied gauche garde le contact avec le sol, les mouvements n'intéressent si possible que la cheville

-du genou

-de la hanche

et hop on secoue le membre inférieur droit

Faisons maintenant la même chose à gauche...

PAUSE

Puis au niveau du membre supérieur droit , articulation par articulation, de la main vers les épaules, Et au niveau du membre supérieur gauche...

Les épaules se relâchent doucement, abandonnez les tensions ...

PAUSE

Vous allez maintenant bouger la tête doucement , de droite, de gauche , 3, 4 fois vous croisez les regards d' autres personnes, ils sont légers...vous bougez maintenant la tête de haut en bas puis vous faites des petits cercles , sans forcer, vous êtes souples sur votre nuque...

La respiration devient plus profonde, plus ample, mettez les mains sur votre ventre , vous le sentez se gonfler à l'inspiration, être aspiré vers le sacrum à l'expiration...Sentez bien les 2 temps respiratoires...

Isabelle : quand on se sent tendu, ces simples exercices de respiration aident à se relaxer, à se recentrer sur soi-même ...

On laisse chacun prendre conscience de son rythme respiratoire, de son amplitude...

PAUSE

Stéphane : après ce petit « chauffing », nous vous invitons à déambuler dans l'espace, à votre gré, avec la consigne d'occuper tout l'espace, n'oubliez pas le centre ; quand vous croisez quelqu'un, accrochez le regard, sans vous arrêter de marcher, soutenez-le quelques secondes puis continuez votre chemin ...

Quelques minutes s'égrenent.

Stéphane : maintenant on accélère l'allure, attention à ne pas se heurter , prenez conscience de la place de l'autre dans cet espace, pour le contourner, les regards se disent bonjour....

.....
Stéphane : plus vite....encore plus vite... Attention à ne pas se bousculer...

.....
Stéphane : on ralentit...

.....
Stéphane : stop, chacun s'immobilise là où il est et ferme les yeux...

.....
Sais-tu qui est derrière toi, Marie ?

Marie : je pense que c'est Pierre ?

Stéphane : exact. Peux-tu me dire comment Pierre est habillé, et les couleurs de ses habits ?...

Marie :...un pantalon foncé, bleu marine, je crois, un tee-shirt jaune avec des inscriptions dans le dos...

Stéphane : tu peux les préciser?

Marie : non

Stéphane : quelqu'un peut-il nous en parler ? oui, Arthur ?

Arthur : c'est « I want try » avec un dessin : un visage tordu de rire...

Chacune des 16 personnes sera sollicitée pour cet exercice.

PAUSE

Isabelle : après ce training, nous vous prions de vous mettre 2 par 2 et de travailler corporellement les *attitudes chaleureuses*, d'ouverture et *hostiles*, de rejet, les sentir, les ressentir ; vous êtes assis ; vous répétez 2 par 2 car il importe de savoir comment l'autre reçoit cette attitude, il se sent accueilli ou rejeté, c'est lui qui valide que votre attitude est juste...vous travaillerez dans un deuxième temps à passer de l'attitude hostile à l'attitude chaleureuse ...L'hostilité se marque par la rigidité, le retrait, le regard est réprobateur, dur ; la chaleur se caractérise par l'ouverture, le buste est légèrement penché à l'avant, à l'écoute, la tête de biais, le regard acquiesce...

Stéphane : le regard est essentiel - veillez à la position des chaises qui doivent permettre de se regarder , de se voir- il soutient la communication et permet de recueillir des informations importantes dans la dynamique relationnelle : gestes, mimiques, postures...Nous passerons dans les groupes...

Travail d'une dizaine de minutes

Isabelle : Ces attitudes ne sont pas évidentes à intégrer , il est question de les approcher, le but de ces exercices était de les sentir, de les ressentir pour pouvoir ensuite prendre conscience qu'elles vont déterminer une dynamique relationnelle positive ou négative... Pendant le quart d'heure qui vient, nous allons reproduire ces exercices en grand groupe avec réflexions, commentaires.

Restitution et discussion, Stéphane anime les échanges.(10 mn)

Isabelle : aujourd'hui c'est notre dernière séance. Nous proposons pour les 20 minutes qui restent un petit temps de relaxation (5 mn) ...Ensuite nous ferons un feed-back oral sur cette formation.

Stéphane : vous reprenez votre chaise et regagnez le tour de la table... Vous vous installez confortablement ,de façon détendue, les coudes sur la table, la tête reposant dessus , vous trouvez la position dans laquelle vous vous sentez bien, vous vous centrez sur votre respiration abdominale , je mets une cassette , vous vous laissez bercer par l'histoire ... et la musique....

*5 Minutes de relaxation
La cassette s'arrête ...*

Isabelle : doucement , à votre rythme, vous allez abandonner cette position pour revenir dans le groupe, avec les autres....

PAUSE PAUSE PAUSE

Stéphane : voici venu le terme de ces rencontres, comment se sont-elles passées pour vous ?

Echanges-feed-back

PAUSE

Isabelle : Nous venons d'entendre que vous avez apprécié ces séances ; elles nous ont permis de découvrir que nos attitudes ne sont non seulement pas neutres mais peuvent favoriser l'échange ou le gêner...

Nous avons analysé nos représentations et notre ressenti face à cet événement particulier qu'est l'IVG.

Nous avons abordé ce thème sous de multiples aspects.

Nous avons insisté sur l'importance d'adopter une attitude chaleureuse et permissive. Cette attitude va favoriser la mise en jeu d'une parole fluide, ouverte, libre...qui permettra d'exprimer le vécu sexuel et de cheminer vers le sens de cette demande d'IVG.

Nous avons également proposé d'autres outils pour faire évoluer notre savoir-faire et savoir-être et permettre une meilleure prise en charge, une écoute de qualité des femmes (couples) consultant pour une demande d'IVG...

Cette sensibilisation pallie en fait le manque de formation dans le cursus médical sur l'IVG et sur la conduite d'entretien, elle interroge notre pratique professionnelle et plus particulièrement ces entretiens singuliers que sont les demandes d'IVG... Ces séances ont aussi questionné plus largement sur la sexualité, le plaisir...

Les médecins semblent ne pas manifester beaucoup d'intérêt pour ces consultations d'IVG... Se sentent-ils en difficulté face à ces demandes parce qu'il est question de sexualité, de mort, d'intimité, d'ambivalence, de choix des femmes ?...
Et les femmes, comment se sentent-elles reçues ? accueillies ? entendues ? accompagnées ?

La loi autorise l'IVG, il n'y a aucune ambiguïté, il s'agit de respecter chaque demande dans sa spécificité. Comme dit F. Deligny, « *Respecter, cela veut dire accepter sans réduire à notre compréhension* ».

Nous vous souhaitons bon vent pour la suite de vos stages. Nous restons à votre disposition, vous avez nos mails et téléphones, pour répondre aux questions qui émergeraient à la suite de cette formation ...

Stéphane et Isabelle : AU REVOIR

Bibliographie

- Adler N.E et Cie *Psychological responses after abortion* Science 1990
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé *Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines*-2001
- Barnes M. et J. Berke *Mary Barnes, un voyage à travers la folie*
- Carricaburu D, Ménoret M *Sociologie de la Santé* Paris :Armand Colin, 2004
- Cooper « *Mort de la famille* » Points
- Cresp INSERM *Contraception et IVG. Négociations et décisions au sein des couples*2002
- Debargue A. *5^e journées d'études sur l'interruption de grossesse* ANCIC 1985
- Dumas Didier *Et si nous n'avions rien compris à la sexualité ?* Albin Michel
- Ferrand M. « *les médecins face à l'avortement* » Sociologie du travail 1988
- Foucault Michel *Histoire de la folie*
armattan
- Garreau Lydie *Une reconnaissance progressive du plaisir sexuel* l'Harmattan
- Gauthier Xavière 2002 *Naissance d'une liberté. Avortement, contraception : le grand combat des femmes au Xxe*
2004, *Paroles d'avortées. Quand l'avortement était clandestin*, Paris, La Martinière
- Gelly Maud *Avortement et contraception dans les études médicales* L'Harmattan
- Grimes D.A ,Creinin M.D *Induced abortion : an overview for internists* Ann Intern Med.2004
- Gordon Thomas « *Mieux communiquer avec ses patients* »
- Halimi Gisèle : *Le procès de Bobigny : Choisir la cause des femmes*, éditions Gallimard, nouvelle édition 2006, avec un texte inédit de Marie-Claire C.
- Héritier F *Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin* Paris :Odile Jacob 1999
- Iacub Marcela, 2004, *L'Empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*, Paris, Fayard.
- Knibiehler Yvonne, 2000, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris, PUF, Que sais-je ?
- Laing « *Psychiatrie et Anti-psychiatrie* »
- Lenaour J-Y, Valenti C. *Histoire de l'avortement (XIX^e-XX^esiècle)* Paris, Le Seuil 2003-----
- Lévy Marie-Françoise, 1984, *De mères en filles. L'éducation des Françaises, 1850-1880*, Paris, Calmann-Lévy.
- McLaren Angus *Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours* Ed Noésis 1996
- Rogers Carl *La relation d'aide et la psychothérapie* 1971
- Salomé Jacques *Relation d'aide et formation à l'entretien* Presses Universitaires de Lille
- Stotland N.L *The myth of the abortion trauma syndrom* Jama 1992
- Tamian-Kunégel *L'avortement et le lien maternel* Chronique sociale 2002
- Thébaud Françoise, 1986, *Quand nos grand-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Presses Universitaires de Lyon. *CLIO, Histoire, Femmes et Sociétés*, 2005, 21, pp. 17-42.
- Tisseron Serge *Secrets de famille : mode d'emploi* Marabout
- Tremblay Réjean *Couple, sexualité et société* Documents Payot-
- Tremblay Réjean *Guides d'Education sexuelle à l'usage des professionnels* Eres
- Valabrègue Catherine et Treiner Sandrine *La pilule et après ?* Ed Stock 1996

RESUME

Nous avons choisi de travailler sur la demande d'IVG et plus particulièrement sur les attitudes des médecins dans ces consultations singulières, l'objectif étant d'optimiser la relation avec les femmes, les couples afin d'améliorer le vécu de l'IVG et cheminer vers le sens de cette décision.

Avec beaucoup de plaisir nous nous sommes documentés sur le sujet, nous avons beaucoup lu, nous avons revisité l'ensemble de notre formation DUFES, nous avons exploré notre pratique quotidienne.

Nous avons proposé une sensibilisation sur 6 séances, en suivant les principes d'implication de WOLPE, à destination d'étudiants en médecine.

Nous avons montré avec de nombreux exemples, issus de notre pratique clinique, que nos attitudes ne sont non seulement pas neutres mais peuvent favoriser l'échange ou le gêner...

Nous avons insisté sur l'importance d'adopter une attitude chaleureuse et permissive. Cette attitude va favoriser la mise en jeu d'une parole fluide, ouverte, libre...qui permettra d'exprimer le vécu sexuel et de cheminer vers le sens de cette demande d'IVG.

Nous avons vu que des attitudes hostiles ou restrictives pouvaient avoir un impact très négatif... Nous avons appris à les identifier, à reconnaître les valeurs culturelles, sociales, morales auxquelles elles étaient liées...Nous avons donné des pistes de réflexion pour entamer un processus de changement...Nous avons, dans ces chapitres sur les déterminants des attitudes et les principes de normalisation, interrogé plus largement le sujet de la sexualité, du plaisir.

Nous avons présenté des outils pour faire évoluer notre savoir-faire et notre savoir-être et permettre une meilleure prise en charge, une écoute de qualité des femmes (couples) consultant pour une demande d'IVG...Nous avons défini les supports d'une attitude aidante.

La loi autorise l'IVG ; sur le terrain, trente ans après la légalisation, il reste encore beaucoup à faire, il s'agit de respecter chaque demande dans sa spécificité. Comme dit F.Deligny, « *Respecter, cela veut dire accepter sans réduire à notre compréhension* ».

Nous espérons avoir -un peu- contribué à une meilleure compréhension de la problématique des femmes, des couples dans la demande d'IVG.